Rok XLI. Kraków, 23 Sierpnia 1902. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O zachowywaniu się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju.

Podał

Dr. Maksymilian Blassberg,

lekarz oddziału.

Istota leukocytozy dotychczas nie jest znaną. Pojawienie się jej w stanie patologicznym jest zdaniem wielu badaczy wyrazem samoobrony ustroju wobec czynnika zakaźnego. Limbeck n. p. spostrzegał silną leukocytozę po wstrzykiwaniu hodowli bakteryj, zwłaszcza gronkowców. Zjawisko to starał się Miecznikow wytłómaczyć walką między krwinkami białemi a bakteryami i pożeraniem tych ostatnich przez pierwsze.

Zastanawiając się nad istotą leukocytozy, jedni badacze twierdzą, że zachodzące przy niej zwiększenie się ilości ciałek białych we krwi krążącej pochodzi ze zwiększonego napływu ich z narządów krwiotwórczych, zwłaszcza z gruczołów (Virchow); drudzy uważają ją za objaw odrodczy (regeneracyjny) leukocytów, poprzedzony ich zniszczeniem, tak zwaną leukolizą (Joas, Löwit). Römer i Buchner przypuszczali, że pod wpływem proteinów, to jest istot białkowatych, zawartych w ciałach bakteryj, powstaje we krwi bezpośrednie twórcze podrażnienie ciałek białych i zwiększenie się ich liczby drogą amitotycznego podziału. Inni (Schulz) przeczą wogóle istnieniu wzmożonej ilości leukocytów, twierdząc, że idzie tu tylko o nierównomierne rozmieszczenie się ich w naczyniach ustroju, połączone z przeważnem wypełnieniem obszarów obwodowych. Najwięcej stosunkowo zwolenników uzyskała teorya Goldscheidera i Jacoba, tłómacząca leukocytozę zapomocą chemotaksy dodatniej, a zatem przyciągania ciałek białych i wywabiania ich z narządów krwiotwórczych.

W przeważnej części ostrych chorób zakaźnych, połączonych z gorączką, stwierdzali autorowie leukocytozę. Böckmann usiłował nawet postawić zasadę, że przy zakażeniach liczba ciałek białych wzrasta wprost proporcyonalnie do gorączki, a liczba krwinek czerwonych maleje. Limbeck dzieli choroby zakaźne według ilości leukocytów na choroby przebiegające z wysiękiem (z wyjątkiem gruźlicy), którym stale towarzyszy leukocytoza i przebiegające bez wysięku, w których zwykle brak leukocytozy. Podział ten nie został ogólnie przyjęty.

Już sam fakt zupełnego braku, rzadkości, lub względnego występowania leukocytozy w pewnych chorobach, zgodnie stwierdzany naprzykład w przebiegu duru, zimnicy lub odry, nie pozwala na wyciąganie ogólnych wniosków z obecności leukocytozy w chorobach zakaźnych w ogólności.

Także w sprawie zachowywania się białych ciałek we krwi w sprawach ropnych i posoczniczych w ustroju, zdania autorów nie są równobrzmiące.

Patrigeon twierdzi, że ropieniom w ustroju towarzyszy leukocytoza, zmniejszająca się po otwarciu ropnia, a znikająca dopiero po zupełnem ustaniu ropienia. Hayem spostrzegał najwyższą leukocytozę na szczycie dojrzałości sprawy. Pée, Rieder, Halla i Pick znajdowali ją w zapaleniu gardła mieszkowem i miąższowem, oraz w ropnem zapaleniu stawów.

W przebiegu róży prawie wszyscy autorowie zgodnie spostrzegali wysoką leukocytozę.

Limbeck, aczkolwiek przyjmuje istnienie leukocytozy zapalnej, twierdzi, że w zakażeniu ropą i posoką nie występuje ona zawsze i przytacza przypadek posoczniczego zapalenia macicy, zakończonego śmiercią i potwierdzonego autopsyą, w którym przez cały czas choroby nie dostrzeżono leukocytozy. Opierając się na badaniach Czystowicza, dokonanych na królikach z pneumokokiem Fränkel-Weichselbauma, przypuszcza on, że gronkowce i paciorkowce o silnej jadowitości, dostawszy się do ustroju, mogą bez wywołania leukocytozy spowodować śmierć osobnika, i że powstawanie leukocytozy jest niejako wyrazem osłabienia ich jadu w ustroju.

W przeciwieństwie z tem pozostają zapatrywania Riedera, Jakscha, Grawitza i innych, którzy twierdzą, że sprawom posoczniczym towarzyszy zawsze znaczna leukocytoza.

Według Biernackiego wprawdzie nie towarzyszy leukocytoza każdemu ropieniu; w niektórych przypadkach jednak znajdował on znaczną liczbę ciałek białych (40—60.000 w mm.^{3}). Znaczne zwiększenie się liczebne tworów białych ma, zdaniem jego, miejsce wtedy, jeśli sprawa ropna przyjęła charakter zakaźny. Obecność leukocytozy uważa B. za cechę odróżniającą ropienie od gruźlicy prosówkowej.

Cabot przypisuje wybitne znaczenie leukocytozie w sprawach zapalnych i ropnych wogóle, a w zapaleniach wyrostka robaczkowego w szczególności.

Tuffier przyjmuje powiększenie się liczby białych ciałek krwi do 20.000 w mm.^{3} i wyżej, jako stały objaw ropienia, wykluczający rozpoznanie mięsaka. Zmniejszenie się równoczesne krwinek czerwonych i hemoglobiny przy istniejącej leukocytozie przemawia za rakiem. Leukocytoza ropna dotyczy głównie ciałek białych wielojądrzastych. Autor ten w lipcu 1901 r. opisał przypadek, w którym rozpoznanie wahało się między nowotworem a zapaleniem ropnem wyrostka robaczkowego i na podstawie badania krwi przypuszczano to ostatnie. Operacya potwierdziła rozpoznanie.

W roku 1901, na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Hamburgu, miał Curschmann w sekcyi medycyny wewnętrznej odczyt, drukowany potem w „Münchener med. Wochenschrift“, w którym przedstawia, że wzrost liczebny ciałek białych we krwi w sprawach zapalnych kiszki ślepej może stanowić nader ważny objaw rozpoznawczy, przemawiający za ropieniem. Badania szczegółowe przeprowadził

na 60 przypadkach. Zdaniem jego stała obecność wysokiej leukocytozy, a nawet jednorazowe stwierdzenie obecności 25.000 ciałek białych w 1 mm.[3], wystarcza do przyjęcia zapalenia wyrostka robaczkowego, jako sprawy ropnej, przy kilkakrotnem zaś stwierdzeniu takich liczb wysokich uważać należy rozpoznanie ropienia mimo braku innych objawów klinicznych, jako pewne i wówczas jest wskazanie do bezzwłocznego operowania.

Zdanie Curschmanna znalazło z kilku stron potwierdzenie. I tak Dützmann robił spostrzeżenia na materyale kliniki ginekologicznej profesora Martina z Gryfii, celem zbadania, o ile objaw Curschmanna posiada zastosowanie rozpoznawcze w ginekologii. Liczba spostrzeganych przypadków wynosiła 40, a wszystkie potwierdzały zapatrywanie Curschmanna. Czy to był wysięk, czy sprawa ropna macicy, zawsze wysokość leukocytozy wskazywała na ropienie, a operacya rozpoznanie potwierdzała. Tam, gdzie leukocytozy przed operacyą nie stwierdzono, przy operacyi okazał się brak ropy. Autor ten uważa leukocytozę za istotny objaw ropienia i przypisuje jej wybitne znaczenie rozpoznawcze w ginekologii.

Także Wassermann potwierdza zdanie Curschmanna na podstawie 47 przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego, badanych przezeń w monachijskiej klinice chirurgicznej Angerera. Nadto twierdzi Wassermann, że wszystkie ropienia, odbywające się w jamie otrzewnowej, lub w pobliżu jamy otrzewnowej, przebiegają regularnie ze znaczną leukocytozą.

Laubenburg opisuje pięć przypadków ginekologicznych długotrwałego ropienia, w których badano krew po jednym razie wśród choroby i po wyleczeniu. W czterech stwierdził leukocytozę, która po ustąpieniu choroby znikła, w piątym przypadku ropnego zapalenia okołomacicznego przeciwnie brakowało leukocytozy wśród choroby.

Küttner (klinika v. Brunsa) zwraca uwagę na okoliczność, że leukocytoza wskazuje tylko na szybki postęp sprawy ropnej, oraz że tendencya leukocytozy do podnoszenia się lub opadania ma większe znaczenie, niż bezwzględna liczba leukocytów.

Schnitzler (Wiedeń) przyznaje wprawdzie, że w zapaleniach wyrostka robaczkowego zwiększenie się krwinek białych oznacza pewniej zwiększenie się wysięku, aniżeli ciepłota i inne fizykalne objawy, oraz że wzrost lub brak spadku leukocytozy po operacyi znamionuje zatrzymanie się ropy, lub nowy ropień. W przeciwieństwie do Curschmanna atoli wyraża on zapatrywanie, że każdy wysięk przy zapaleniu wyrostka robaczkowego oznacza ropę i zaprzecza, jakoby leczenie przypadków bez wzrastającej leukocytozy należało do zakresu medycyny wewnętrznej. Leukocytoza nie jest zdaniem jego zjawiskiem rozstrzygającem przy wskazaniach do operacyi.

Badania moje, przedsięwzięte na oddziele Wielmożnego pana Profesora Trzebickyego, dotyczyły ilościowego zachowania się leukocytów w sprawach ropnych różnych rozmiarów i ciężkości, oraz rozmaicie umiejscowionych. Były one robione codziennie zrana o jednej porze. Używałem komory do liczenia i pipetki Thoma-Zeissa i rozczynem $^{1}/_{3}\%$ kwasu octowego zabarwionym fioletem metylowym robiłem zwykłe rozcieńczenia krwi 1: 20, niekiedy 1: 10. Dla uniknięcia leukocytozy trawiennej nie uskuteczniałem badań po obfitszem jedzeniu. Liczba chorych, w ten sposób badanych, wynosi 52; liczba badań przeszło 350. Jako normę przyjąć należy w jednym mm.[3] obecność 5—8000 krwinek białych.

Pozwolę sobie przytoczyć niektóre z przypadków przezemnie spostrzeganych:

W przeważnej części przypadków podskórnego ropienia powierzchownego napotykałem przed operacyą nieznaczną leukocytozę, która nazajutrz po operacyi okazywała nagły wzrost, lub nagły spadek, aby potem stopniowo, lub wśród wahań ustępować; i tak:

1. *M. B.* l. 19, służąca. Rozpoznanie: *Phlegmone colli.* Przed operacyą leukocytów 12.000, po operacyi, to jest po szerokiem nacięciu i wytamponowaniu nazajutrz:

leukocytów	13 200
w następnym dniu	13.800
„	9.000
„	6.600
„	8.400
„	9.000
„	8.600.

Temu liczebnemu stanowi leukocytów towarzyszy prawidłowy dość szybki proces gojenia się rany.

2. *M. R.* l. 41, wyrobnica. Rozpoznanie: *Abscessus femoris sinistri.*

Przed operacyą leukocytów		11.000
nazajutrz po operacyi	„	4.000
w następnym dniu	„	7.400
„ „	„	6.800.

3. *A. P.* l. 42, wieśniaczka. Rozpoznanie: *Abscessus abdominis superficialis.* Przed operacyą leukocytów 13.400 i 10.800. Przy nacięciu wypuszczono znaczną ilość ropy. Po operacyi leukocytów 10.800, następnego dnia 6.600.

W dniu tym przy zmianie opatrunku wydobyła się dość znaczna ilość ropy. Nazajutrz po opatrunku podniosła się liczba leukocytów do 12.400, aby równolegle z gojeniem się rany stopniowo wrócić do normy.

Leukocytów:	9.000
„	7.600
„	4.800
„	8.000.

4. *F. B.* l. 32, robotnik. Rozpoznanie: *Abscessus femoris dextri.*

Przed operacyą: leukocytów		14.000
nazajutrz po operacyi	„	13.800.

5 *T. Sz.* l. 25, służący. Rozpoznanie: *Phlegmone manus dextrae.*

Przed operacyą leukocytów		15.400
Po operacyi	„	16.400
„ „	„	9.400
„ „	„	16.000
„ „	„	4.900
„ „	„	8.800.

6. *A. M.,* l. 21, krawiec. Rozpoznanie: *Phlegmone manus sinist. e corpore alieno.* Przed operacyą. leukocytów 18.000, ciepłota 41·5° C.

7. *M. G.* l. 26, dorożkarz. Od trzech tygodni bolesność w cewce przy oddawaniu moczu i bolesność w międzykroczu naokoło cewki. wraz z zaczerwienieniem i bolesnym obrzękiem. Chory zresztą zdrów. Rozpoznanie: *Periurethritis acuta.* Leukocytów 14.000.

Mimo braku wybitnego chełbotania zwiększona ilość krwinek białych każe domyślać się obecności ropy. Operacya wykazuje ropę.

Nazajutrz spada liczba leukocytów do	5.600
leukocytów	10.400
„	8.400
„	9.300.

8. *W. P.* l. 46. wieśniak. Rozpoznanie: *Abscessus cubiti.* Przed operacyą leukocytów 10.000.

9. *W. K.* l. 16, służąca. Rozległe nacieki ropne na lewem udzie i podudziu, oraz na stopie prawej. Rozpoznanie: *Pyaemia.* Przed operacyą leukocytów 36.000, ciepłota 39 2. Nacięcie wielokrotnych ognisk.

W dwa dni po operacyi leukoc.		24.400,	ciepłota 37·6.
w trzy tygodnie	„ „	16.000	„ 37.
W sześć tygodni	„ „	9.000	Chora już nie gorączkuje.
w „ „	„ „	9.200	
w „ „	„ „	6.100	

10. *H. K.* l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Phlegmone femoris e corpore alieno.* Przed operacyą brak leukocytozy, mimo że sprawa jest ostrą i ropną: leukocytów 6.400.

Następne przypadki potwierdzają zdanie, że sprawom zapalnym i ropnym okostnej i kości towarzyszy leukocytoza bez względu na nasilenie.

11. *T. K.* l. 12. Przed trzema tygodniami uderzył się w podudzie prawe, i od tego czasu wystąpił ból i obrzęk podudzia. Rozpoznanie: *Periostitis cruris dextri.*

Przed operacyą leukocytów 16.000
w 3 dni po operacyi „ 20.000
w 2 tygodnie „ „ 6.200, przyczem gojenie szybko postępuje.

12. *J. M.*, l. 23, szewc. Rozpoznanie: *Caries costarum.* Przed operacyą leukocytów 10.400.

13. *M. Sz.* l. 27, wyrobnica. Od tygodnia ból i obrzęk prawej połowy twarzy. Zaczerwienienie i trudność otwierania ust. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.*

Przed operacyą leukocytów 14.400, ciepłota 37·5° C
nazajutrz po nacięciu „ 15.800 „ 38°.
następnego dnia „ 11.800
„ „ „ 10.200
„ „ „ 14.400.

Chora nie gorączkuje, kość pokrywa się ziarniną, ropy mało.

14. *A. W.* l. 48, rolnik. Od czterech tygodni, po wyrwaniu zęba, duży obrzęk szczęki dolnej, bolesny, z zaczerwienioną skórą. Z jamy ustnej wydobywa się brudno-żółta ciecz ropna. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.* Przed operacyą leukocytów 10.500.

Przy operacyi wydobyto odstoinę kostną.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 17.400
następnego dnia „ 9.200
„ „ „ 5.600.

15. *Fr. B.* l 40, wieśniak. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.* Przed operacyą leukocytów 5.400
„ „ „ 12 000
Po operacyi „ 7 400
„ „ „ 9.200
„ „ „ 5.400

W zapaleniach sutka również często spostrzedz można nieznaczny stopień leukocytozy. I tak:

16. *M. K.* l. 18, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis acuta.*

Przed operacyą leukocytów 10.600
Po operacyi „ 13.200
„ „ „ 10.000
„ „ „ 11.200
„ „ „ 4.600
„ „ „ 5.600
„ „ « 7.600.

Nie gorączkuje, ropy mało, wychodzi na własne żądanie.

17. *M. P.*, l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis acuta.*

Po operacyi leukocytów 16.000
„ „ „ 10.000.

18. *A. K.*, l. 26, służąca. Rozpoznanie: *Mastitis acuta dextra* Przed operacyą leukocytów 10.000. Operacya wykazuje obecność ropy Chora pozostaje nadal w leczeniu domowem.

19. *R. S.*, l. 56, wyrobnica. Od 5 miesięcy ból i obrzęk prawego sutka. Poniżej brodawki guz wielkości kurzego jaja, ponad którym jest przetoka, wydzielająca skąpą ilość ropy. Rozpoznanie: *Mastitis chronica dextra.* Przed operacyą leukocytów 10.800. Odjęto sutek i ranę zaszyto. Po operacyi leukocytów 13.400
„ „ „ 8.600
„ „ „ 11.800.

Chora nie gorączkuje i niema bólów. Przy opatrunku okazuje się ropienie w dwóch szwach, które wyjęto.

Nazajutrz leukocytów 8.000
po 3 dniach „ 9 600.

W przeciwieństwie do powyższych przytaczam jeden przypadek ropnego ostrego zapalenia sutka zupełnie bez leukocytozy.

20. *M. N.*, l. 25, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis dextra.*

Przed operacyą leukocytów 6.200
nazajutrz po operacyi „ 5.800.

Chora z powodu psychozy została przeniesioną na oddział dla chorych umysłowo.

Przy gojeniu się *per secundam intentionem* nie zawsze wydzielaniu się ropy towarzyszy wzmożenie się ciałek białych.

21. *A. D.*, l. 42, wyrobnica. Rozpoznanie: *Carcinoma mammae dextrae.* Odjęcie sutka i zeszycie brzegów rany.

Chora gorączkuje z typem zwalniającym 37·2—38·0.

1 eLiczba ukócytów 6.400.

Brak leukocytozy mimo gojenia się *per secundam* i dość obfitego wydzielania się ropy.

22. W. O., l. 32, robotnik kolejowy. Rozpoznanie: *Fractura complicata cruris dextri.* Mimo tego, że chory gorączkuje dość wysoko (38°—39° 4° C.) i z rany skórnej wydziela się obficie ropa, we krwi brak leukocytozy.

Leukocytów 8.000
„ 3.800
„ 4.200
„ 6.200.

23. *F. B.*, l. 35. robotnik. Rozpoznanie: *Abscessus frigidus in regione lumbali dextra.*

Leukocytów 7.600
„ 6.200.

Przypadek ten odpowiada zgodnym twierdzeniom autorów, że przy ropniach zimnych i sprawach gruźliczych mimo obfitości ropy w danem ognisku, nie pojawia się leukocytoza we krwi.

24 *L. H.*, l. 42, kupiec. Rozpoznanie: *Fistula ani post proctitidem.* Mała przetoczka, wydzielająca nieco ropy, nie wywołuje leukocytozy.

Przed operacyą leukocytów 4.900.

Przy ropieniach, toczących się w pobliżu jamy otrzewnowej, częstokroć znajdowałem znaczną leukocytozę. Tak naprzykład przytaczam kilka spostrzeżeń przy zapaleniu mięśnia lędźwiowego.

25. *R. G.*, l. 13. Rozpoznanie: *Psoitis dextra.* Liczba leukocytów: 27.800. Chora nie zgadza się na wstąpienie do szpitala i operacyę.

26. *J. B.*, l. 20, służący. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.* Przed operacyą leukocytów: 22,600, ciepłota 37.8. Operacya wykazuje bardzo znaczną ilość ropy. Nazajutrz po operacyi 27.800. Ciepłota 38·1.

Dalsze badanie wykazuje następujący przebieg codziennego stanu:

Leukocytów	14.600,	ciepłota	36 7	Gorączka przepuszczająca z wieczornemi wzniesieniami do 38—38 5°.
„	8.800	„	36·7	
„	13.600	„	36·3	
„	11.400	„	36·7	
„	12.200	„	36 9	
„	8·600	„	36·5	

Następującemu teraz wzmożeniu się liczby krwinek białych towarzyszy równoczesne znaczne wzmożenie się ilości ropy, która mimo codziennego opatrunku całymi strumieniami wydziela się z rany. Także bolesność jest większa i stan ogólny gorszy. Tak więc jest w tym przypadku leukocytoza czułą wskazówką toczącego się procesu.

Leukocytów	18,000,	ciepłota	36·4	Wieczorne podniesienia ciepłoty.
„	13.800	„	37·1	
„	23.000	„	36·3	
„	26.000	„	36·4	
„	15.600	„	36·2	
„	25.400	„	36·6	
„	11.000	„	37·6	
„	14.800	„	36·9	
„	19.200	„	36·6	
„	21.000	„	36 1	
„	24.000	„	36·7	
„	30.000	„	36·6	
„	24.800	„	36.6	
„	16.200	„	36·9	

Odtąd zaczyna się skąpsza wydzielina ropy i lepszy stan ogólny.

Leukocytów	14.800,	ciepłota	36 3
„	26.400	„	36 7
„	18.400	„	36 5
„	13.800	„	36·6
„	13.400	„	36·6
„	16.000	„	37·1
„	10.800	„	36 7
„	12 200	„	36.3
„	10.600	„	36·1
„	13.900	„	35 5
„	11.800	„	36 7
„	13.600	„	36·7
„	40.400	„	36 3.

Z tem nagłem chwilowem podniesieniem się leukocytozy idzie w parze zatrzymanie się ropy i obfitszy jej wypływ przy opatrunku.

Leukocytozów	16.300,	ciepłota	36 7°
„	24 300	„	37·2°
„	26 200	„	36·6°.

opatrunki nie są już nadal codziennie zmieniane i chory od czasu do czasu skarży się na dolegliwości.

W powyższym przypadku liczba leukocytów codziennie badana okazuje dość znaczne wahania dzienne. Ciepłota nie idzie w parze z leukocytozą. Leukocytoza zwiększa się wraz z obfitszem wydzielaniem się ropy.

27. *Z. S.*, l. 30, żona rolnika. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.* Przed operacyą leukocytów 19.400, ciepłota 37° C. W uśpieniu mięszanką Billrotha zrobiono szerokie cięcie na dwa palce ponad więzadłem Pouparta. Ropy wypłynęło bardzo wiele. Założono dreny i sączki z gazy jodoformowej.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	25.400,	ciepłota	37 4
„	20.600	„	37
„	13.400	„	37
„	14.400	„	37·2
„	15.400	„	37
„	8.600	„	37
„	13.200	„	37·7
„	9.400	„	37.6
„	9.600	„	36·6
„	7·400	„	37
„	8.400	„	37
„	11.400	„	37
„	11.600	„	37·6
„	8.000	„	37·1
„	5.400	„	37
„	9.000	„	37 6
„	7.800	„	37
„	8.200	„	—
„	15.200	„	—
„	12.000	„	—
„	11·400	„	37°
„	12.400	„	37
„	11.800	„	36 6
„	4.800	„	36·6
„	5.200	„	37
„	8.400	„	36 6
„	8.600	„	36 6.

Stan ogólny znacznie lepszy. Pierwotna bladość cery zupełnie ustąpiła, rysy twarzy wypełniły się. Chora siada na łóżku. Ropienie nieznaczne, a tylko przykurczenie utrzymuje się.

W tym przypadku dostrzegamy z jednej strony niestosunek między ciepłotą ciała a liczbą leukocytów, a nadto wahania, niekiedy dość znaczne, liczby ciałek białych, dla którego przyczyny dopatrzeć nie było można. Być może, że był to wpływ zmiany opatrunków. Leukocytoza nie dochodziła tu przeważnie do takiej wysokości, jak w przypadku 25-tym i 26-tym.

W przeciwieństwie do powyższych przypadków pozostaje następujący.

28. *K. B.*, l. 17, służąca. Osoba licho zbudowana, o nędznem odżywieniu. Po stronie lewej ponad więzem Pouparta guz rozlany. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów	5.200,	ciepłota	38°
	5.000	„	37·6°
	5.200	„	37·8.

Mimo braku leukocytozy rozpoznanie uczynione przed operacyą zdaje się nie ulegać wątpliwości. Nakłócie próbne przed operacyą potwierdziło rozpoznanie. Cięcie szerokie ponad więzem Pouparta wykazuje bardzo znaczną ilość ropy. Dopiero po operacyi liczba leukocytów nieznacznie się tylko podnosi, i to nie przekraczając normy, albo przekraczając ją w niezbyt wysokim stopniu. I tak:

nazajutrz po operacyi leukocytów	7.000,	ciepłota	37 9
„	8.200	„	37
„	6.600	„	37·4
leukocytów	7.800	„	37·3
„	12.400	„	38
„	7.800	„	37·4
„	5 800	„	37
„	8.800	„	37·6
„	11.200	„	37·3
„	9.600	„	37
„	10 600	„	37
„	7.600	„	37·6
„	8.400	„	36·6
„	12.800	„	36·4
„	10.200	„	37
„	16.800	„	37
„	14.200	„	37
„	8.600	„	37
„	13.400	„	37
„	9.400	„	37
„	7.600	„	36.7
„	6.200	„	36.7
„	4.700	„	36 6
„	7.800	„	37
„	7 000	„	37
„	14.400	„	36·6, bez zatrzymania się ropy

leukocytów	7.800,	ciepłota	36 6
„	7.300	„	36·7
„	8.700	„	37.3
„	6.300	„	37
„	7.200	„	37.

Gojenie postępuje powoli.

Jakkolwiek u chorej tej od początku widzimy stan charłaczy, utrzymujący się ciągle, to jednak nie można przypuszczać, że nędzny stan ogólny nie pozwolił oddziaływać ustrojowi leukocytozą na sprawę chorobową, gdyż wszystkie powyżej przytoczone przypadki zapalenia mięśnia lędźwiowego, zwłaszcza 25-ty ze znaczną leukocytozą, odznaczały się stanem ogólnym nad wyraz nędznym. Jest on ważny z tego powodu, że jest wprost wyjątkiem od reguły pojawiania się leukocytozy, jako towarzyszki spraw ropnych w sąsiedztwie otrzewnej, a wskazujący raczej na to, że leukocytoza jest swoistym odczynem, zapomocą którego większość osobników, atoli nie wszystkie, oddziaływują na ropienie. Przypadek ten nasuwa także wniosek, że znaczenie pomocnicze badania krwi nie jest bezwzględnem, że ropienie może być zarówno rozpoznanem, jak i operacya przedsięwziętą, mimo braku leukocytozy.

Że przepuklinom uwięzłym, jako połączonym z podrażnieniem otrzewnej, towarzyszyć może leukocytoza, ilustruje następujący przypadek:

29. *M. K.*, l. 38, rzeźnik. Przed 4 dniami kopnięty został przez konia w dolną część podbrzusza. Przedtem cierpiał na przepuklinę. Od czasu kopnięcia wystąpiły bóle w miejscu urazu, nudności, wymioty. Brak stolca. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis incarcerata dextra.* Przed operacyą leukocytów 13.400.

Treścią przepukliny było jelito ślepe z nader długim wyrostkiem robaczkowatym, który odcięto.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	15·400
„	13.800
„	4.000
„	11.000
„	11.600
„	8.200.

Polepszenie postępuje. Chory opuszcza szpital na własne żądanie.

Taksamo bywa leukocytoza objawem towarzyszącym przy zapaleniu przynerkowem *(paranephritis).*

30. *A. S.*, l. 28, malarz. Od 6 tygodni ograniczony ból w lewej okolicy lędźwiowej. Równocześnie wystąpiła gorączka i dreszcze, oraz

trętwienie i bóle w dolnej kończynie lewej i niemożność jej używania. Obecnie skóra w okolicy lędźwiowej lewej zaczerwieniona i bolesna na dotyk. Rozpoznanie: *Paranephritis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów	17.000
„	14.200
„	14.700
„	13.600
„	8.700
„	9.400
„	8.600
„	9.200.

Równocześnie z tym stopniowym spadkiem liczby krwinek białych, sprawa przestała posuwać się w głąb tkanek, natomiast skóra w miejscu schorzałem wypukliła się, dając wybitne chełbotanie. Przy nacięciu wypuszczono około 500 ctm.³ ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	6.400
„	4.400
„	3.800.

Gojenie szybko postępuje.

31. *K. L.*, l. 31, służąca. Rozpoznanie: *Paranephritis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów	24.600	
„	11.200	
„	13.000,	ciepłota 37° C.
„	16.000	„ 37·8° C.

Operacya wykazuje znaczną ilość bardzo cuchnącej ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	16.400,	ciepł. 37·7	
„	7.000	„ 37·7	
„	15.800	„ 37·6	Wieczorne
„	6.400	„ 37·4	podniesienie
„	7.000	„ 37	ciepłoty.
„	11.400	„ 37	
„	18.800	„ 37	
„	8.200	„ 37·3	
„	7.000	„ 37	
„	4.800	„ 37·2	
„	11.000	„ 37. Chora skarży się na	

dolegliwości i prosi o zmianę opatrunku.

Leukocytów	6.800,	ciepłota 37°
„	6.200	„ 37·6
„	10.200	„ 38
„	8.200	„ 38·2
„	9.200	„ 38·4
„	11.600	„ 37·8.

Zarówno skłonność do podnoszenia się liczby krwinek białych, jakoteż gorączka i dolegliwości chorej wskazują na zatrzymanie ropy. Ranę rozszerzono i założono głębokie sączki. Odtąd przebiega gojenie prawidłowo.

Leukocytów	7.200,	ciepłota 37°
„	6.400	„ 37°
„	5.600	„ 36·7
„	7.700	„ 37·4
„	5.700	„ 37.

32. *K. P.*, l. 30, służąca. Chora od czterech dni, skarży się na zaparcie stolca i wiatrów, robi wrażenie osoby ciężko schorzałej. Ciepłota 38·7° C., tętno 120. Brzuch lekko wzdęty, zwłaszcza po stronie prawej, gdzie też wyczuć można opór nieco twardszy i bolesny. Po lewatywie następuje oddanie stolca i wiatrów; chora czuje znaczną ulgę, jednak bolesność w brzuchu i stan gorączkowy utrzymują się. Rozpoznanie: *Perimetritis acuta.*

Liczba leukocytów	15.400
„	11.400
„	8.600.

Chora dostaje dreszczów.

Liczba leukocytów 13.800.

W obu płucach występuje zapalenie.

Leukocytów 14.800. Tegoż dnia w nocy zejście śmiertelne.

Przy zapaleniach kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego w jednym tylko przypadku przezemnie spostrzeganym, liczba leukocytów odpowiadała wysokości, będącej zdaniem Curschmanna wskazaniem do operacyi.

33. *S. B.*, l. 52, kupiec. Przed 6 tygodniami miał napad budzący podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Przez ten czas stan był podgorączkowy, lub mała gorączka, osłabienie, czasem bolesność w okolicy jelita ślepego. Obecnie stwierdzić się daje guz zbity i rozpoznanie waha się między zapaleniem kiszki ślepej, a nowotworem w jamie brzusznej.

Liczba leukocytów przed operacyą	24.600		
Tegoż dnia w 6 godzin po operacyi	16.600,	ciepłota 36·9	
Nazajutrz zrana leukocytów	24.000	„ 36·8	
„	21.000	„ 36·9	
„	9.700	„ 37·8	opatrunek
„	13,100	„ 36·8	
„	12.300	„ 36·2.	

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Następujący obecnie przypadek zgodny jest z zapatrywaniem Curschmanna, że w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego chwilowemu pogorszeniu się sprawy zapalnej może towarzyszyć czasowe podniesienie się krwinek białych, które ustępuje, jeżeli sprawa nie przybiera wybitnego charakteru ropnego.

J. S., l. 39, kucharka. Chora od tygodnia, stan podgorączkowy, lub gorączka nizka; tętno waha się między 96 a 100; chora skarży się na bóle w okolicy kiszki ślepej, osłabienie i wymioty. Język suchy, brzuch lekko wzdęty, po stronie prawej w okolicy jelita ślepego guz wyraźnie macalny, silnie bolesny. Rozpoznanie: *Appendicitis.*

Przed operacyą stan leukocytów	11.000,	ciepłota 37
„	15.600	„ 37
„	24.200	„ 36·7
„	18.000	„ 36·9
„	8.200	„ 37·3
„	8.800	„ 37
„	7.800	„ 37
„	7.000	„ 36.7
„	7.800	„ 36.3
„	3.600	„ 36·8
„	5.600	„ 36·7
„	6.400	„ 37
„	8.500	„ 36.5
„	4.000	„ 36.5.

W tym czasie objawy ustąpiły, a ponieważ chora kilkakrotnie już przedtem przebyła napady pogorszenia się sprawy, przeto przystąpiono do operacyi. W uśpieniu mięszanką Billrotha poprowadzono cięcie skośne, a po przecięciu otrzewnej znaleziono liczne zrosty i wyrostek robaczkowy krótki i zgrubiały, a naokoło niego bardzo mała ilość cieczy żółtawej, ropiastej. Wykonano operacyę doszczętną.

Po operacyi leukocytów	8.600	
„	7.600	Stan bezgorączkowy.
„	3.400	
„	6.600	

Gojenie postępuje prawidłowo.

35. *A. G.*, l. 65. Chory cierpi od kilku miesięcy. Lekarz domowy przysłał go z rozpoznaniem *Ileus e typhlitide et perityphlitide.* Badanie przedmiotowe wykazuje objawy niedrożności jelit, brzuch znacznie wzdęty, ruch robaczkowy jelit wyraźnie zaznaczony.

Przed operacyą leukocytów 5.100.

Mała ilość leukocytów nasuwa pewne wątpliwości co do rozpoznania sprawy zapalnej. Operacya wykazuje niedrożność jelit, wywołaną przez bliznowate zwężenie jelita esowatego. Jelito ślepe i wyrostek robaczkowaty bez zmian. Zrobiono enteroanastomozę.

Tego samego dnia w pięć godzin po operacyi:

Leukocytów	3.700,	ciepłota 35, puls 120
nazajutrz „	14.800	„ 37·8, puls prawie nie wyczuwalny.

Tegoż dnia popołudniu nastąpił zgon.

W powyższym przypadku widzimy niewątpliwie, że w pewnych razach badanie krwi na ciałka białe posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza gdy chodzi o odróżnienie sprawy zapalno-ropnej w jelicie ślepem od mechanicznej przeszkody w dolnych częściach przewodu pokarmowego.

Większość przypadków zapalenia kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, spostrzeganych przezemnie, dowodzi, że leukocytoza nie jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi i że przy obecności innych objawów ropienia należy bezzwłocznie przystąpić do operacyi bez względu na ilość krwinek białych. Tylko przy braku innych objawów leukocytoza mogłaby być wskazaniem do operacyi.

36. *J. B.*, l. 22, wyrobnik. Przed trzema tygodniami uczuł nagły ból w okolicy kiszki ślepej, trwający do chwili obecnej Stolec zaparty, wiatrów brak. Ciepłota 38·4. Tętno 88. Brzuch zapadły; w okolicy kiszki ślepej przytłumienie i guz bolesny, sięgający aż do pępka. Chełbotania wyczuć nie można.

Przed operacyą leukocytów 18.600
„ 9 600
„ 11.000
„ 14.400
„ 16.000
„ 10.800
„ 11.600.

Wśród tego nastąpiło ogólne pogorszenie się objawów. Bolesność oraz rozmiary guza zwiększają się. Leukocytów 19.200
„ 16.200
„ 23.200
„ 9.400
„ 22 600.

Potęgowanie się objawów groźnych nie pozwalało dalej zwlekać z operacyą. W uśpieniu mięszanką Billrotha wykonano nacięcie powłok cięciem równoległem do więzu Pouparta, poczem wytrysnęła znaczna ilość ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 14 000, ciepłota 36 9° C.
„ 7.600 „ 37.3.

Równocześnie występuje znaczna euforya i poprawa silnie dotąd podupadłego łaknienia.

Leukocytów 12 000,	ciepłota 37·1
„ 13.200	„ 37
„ 12.600	„ 37·4
„ 8.800	„ 37
„ 12.400	„ 37 3
„ 7.400	„ 37 3
„ 14.800	„ 37
„ 9.400	„ 37·3
„ 9.900	„ 36·7
„ 8.100	„ 36·7
„ 9.800	„ 36·7
„ 14.200	„ 37·4
„ 12.800	„ 37·5
„ 13.300	„ 37
„ 11.800	„ 37
„ 8.600	„ 36·9.

Podniesieniu się leukocytozy towarzyszyło zwykle wzmożone wydzielanie się ropy.

37. *M. K.*, l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Appendicitis.* Zgłosiła się do kliniki wewnętrznej, zkąd przekazaną została natychmiast na oddział chirurgiczny do operacyi.

Liczba leukocytów (na klinice 15.200.
„ przed operacyą 18.600, ciepłota 38·7°, tętno drobne 108.

Przy operacyi wydobyto znaczną ilość ropy.

Nazajutrz leukocytów 14.200,	ciepłota 37·6
„ 12.000	„ 37 2
„ 5.200	„ 38·1
„ 14.600	„ 36·8
„ 9 000	„ 37·4
„ 8.600	„ 37
„ 5.300	„ 37·3
„ 4.800	„ 37.

Gojenie prawidłowe.

38. *F. T.*, l. 21. Podaje, że jest chorą od trzech dni; na zlecenie lekarza zostaje natychmiast przewiezioną na oddział chirurgiczny. Ogólne wejrzenie osoby ciężko chorej. Ciepłota 40°, tętno 140. Język suchy. Chora otyła. Brzuch w całości silnie wzdęty i bolesny, zwłaszcza po stronie prawej w okolicy jelita ślepeg.o Tamże wyczuć można opór. Rozpoznanie: *Appendicitis subsequente peritonitide diffusa perforativa.* Przed operacyą leukocytów 18.600, ciepłota 40°. Operacyę przedsięwzięto natychmiast. Po przecięciu powłok i otrzewnej trysła dość obficie ciecz ropna, cuchnąca, brudno-żółtawa. Wyrostek robaczkowy w całości zgrubiały, zgorzelinowy, z otworkiem wielkości główki od szpilki w odległości jednej trzeciej od nasady; wyrostek odcięto. Tamponada workami Mikulicza.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 8 800, ciepłota 37·6, tętno 120.
„ 22.500 „ 37.

Chora wśród wzrastającego osłabienia serca umarła.

Od sekcyi na prośbę rodziny uwolniono

W następującym obecnie przypadku prawie zupełny był brak wybitniejszej leukocytozy mimo obecności dość znacznej ilości ropy.

39. *M. P.*, l. 46, wyrobnica. Rozpoznanie: *Appendicitis.*

Przed operacyą leukocytów	7.000,	ciepłota 37·4	
Nazajutrz po operacyi „	9.600	„ 37	
„	10.800	„ 36 8	
„	4.600	„ 37	
„	5.800	„ 37	
„	10 600		Stan bezgorączkowy.
„	11 400		
„	11.800		
„	5.600		
„	5 000		

Chora przez cały czas gojenia ma się zupełnie dobrze Przypadek znowu stanowi wyjątek, wskazujący, że leukocytozy może nawet zupełnie brakować mimo obecności innych objawów przy ropieniu

40. *M. B.*, l. 39, kupiec. Rozpoznanie: *Appendicitis suppurativa.* Przed operacyą leukocytów 9.600, ciepłota 38·1. Operacya wykazuje dość znaczną ilość ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	11.000,	ciepłota 37 1, puls 82	
„	7.600	„ 37·5	
„	9.400		Stan bezgorączkowy.
„	7.400		
„	5.600		
„	8.400		
„	8.000		
„	6.600		
„	7.400		
„	4.600		

Przez cały czas po operacyi ogólna euforia.

Streszczając wyniki moich badań i zestawiając je z tem, co za doniosłością leukocytozy przy ropieniach w ustroju, oraz przeciw niej twierdzono, sądzę, że jestem uprawniony do następujących wniosków:

1) Leukocytoza towarzyszy zwykle ropieniom w ustroju. Przy ropieniach obwodowych (ropówka, ropnie i t. d.) bywa ona nieznaczną; ropieniom zaś, toczącym się w jamie otrzewnowej, lub w jej pobliżu (*appendicitis, psoitis, paranephritis* i t. d.) towarzyszy silniejsza. Wypuszczenie ropy pociąga za sobą jeszcze chwilowe wzmożenie się jej po operacyi, a potem liczba leukocytów stopniowo wśród wahań się zmniejsza, albo też od chwili otwarcia ropnia leukocytoza stale maleje Liczba ciałek białych zwiększa się, jak długo sprawa ropna okazuje skłonność do szerzenia się, zmniejsza się zaś wraz z ustaniem lub zlokalizowaniem się ropnia. Zmniejszanie się lub zwiększanie liczby ciałek białych nie idzie w parze ze stanem gorączkowym, lecz raczej z posuwaniem się ropienia w głąb tkanek ustroju, lub z ilością wytworzonej ropy. Analogicznie do tego zgodnie stwierdzają autorowie, że tak zwane przełomy rzekome (pseudokryzy) ze spadkiem gorączki w zapaleniach płuc nie wywołują zmniejszania się liczby leukocytów i że przed śmiercią li-

czba leukocytów mimo spadku ciepłoty ciała znacznie się podnosi. F. Percival Mackie stwierdza, że również w płonicy leukocytoza jest w związku nietyle z ciepłotą, ile ze stopniem zajęcia gardła i natężeniem wysypki.

2) Leukocytoza bywa niejednokrotnie przy stałej obserwacyi czułym wyrazem zmian w ustroju, na które stan ciepłoty i inne objawy fizykalne niezawsze i nie tak wcześnie wskazują, jak np. zmiana ilości wydzieliny z rany pooperacyjnej, zatrzymanie się ropy; tworzenie się nowego ropnia, względnie przerzutu; powikłania, jak np. zapalenie płuc, lub róża itp. Przytem należy bardziej zwracać uwagę na stałą skłonność leukocytozy do podnoszenia się lub obniżania, niż na bezwzględną ilość krwinek białych. Dalej może ona mieć znaczenie rozpoznawcze przy różniczkowaniu spraw ropnych wogóle, w szczególności w jelicie ślepem i odróżnianiu ich od mechanicznych przeszkód w dolnych częściach jelita, przy odróżnianiu spraw zapalnych kiszki ślepej od zmian durowych, przebiegających bez leukocytozy.

3) Objaw ten musiałby być bezwzględnie stałym, aby mieć znaczenie rozpoznawcze zupełnie pewne i być pewnem wskazaniem do operacyi. Tymczasem z jednej strony dają się spostrzegać wyjątki od reguły, gdzie zupełnie brak leukocytozy, lub jest niestosunkowo nizka w przypadkach niewątpliwego, niekiedy obfitego ropienia, potwierdzonego przez operacyę, z drugiej strony tam, gdzie się pojawia, podlega ona takim wahaniom z dnia na dzień, że na podstawie jednorazowego lub niewielu obliczeń, nie należy wyciągać wniosków. Tylko stałe codzienne badanie uprawnia do tego. Wyjątek stanowiłaby liczba wysoka ponad 25.000 leukocytów, która choćby tylko kilka razy stwierdzona przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, po wykluczeniu innych przyczyn, jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi (objaw Curschmanna). Jakkolwiek znaczna leukocytoza może być wskazaniem do rękoczynu chirurgicznego, to jednak nieznaczny jej stopień lub całkowity brak, przy innych wybitnych objawach ropienia, nie stanowi przeciwwskazania do operacyi lub wskazania do czekania. Powiększenie się krwinek białych jest tylko objawem pomocniczym przy rozpoznaniu, rokowaniu i przy wskazaniach operacyjnych, stojącym na równi z innymi objawami, którymi nauka dotąd rozporządza.

4) Na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości o leukocytozie zapalnej w ogólności, a leukocytozie towarzyszącej sprawom ropnym i septycznym w szczególności, należy uważać ją jako wyraz pewnego swoistego odczynu większości ustrojów na dany rodzaj zakażenia. Jeśli odczynu tego brakuje, to dzieje się to bądź z powodu niedostatecznej siły jadu, wobec którego ustrój wychodzi obronną ręką nawet bez użycia leukocytozy, bądź też, jak twierdzi Limbeck, z powodu nader silnego zakażenia, które w pewnych przypadkach, nie dopuściwszy do wytworzenia się leukocytozy, wprzód zabija ustrój.

Na zakończenie niech mi będzie wolno wyrazić serdeczne podziękowanie czcigodnemu szefowi mojemu, Profesorowi Drowi Trzebickyemu, za zachętę do niniejszej pracy i odstąpienie mi materyału oddziałowego, oraz za nader życzliwą wielostronną pomoc, której mi użyczał przy tej pracy.

Literatura: E. Biernacki: Haematologische Diagnostik in der practischen Medizin (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge 1901, Nr. 306). 2) Curschmann: Zur diagnostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Processe (Münchener med. Wochenschrift 1901, Nr. 48 und 49). 3) M. Dutzmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eiterigen Processen im Genitalapparat der Frau — ein diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie (Centralblatt f. Gynäkologie 1902, Nr. 14). C. J. Engel: Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes. Berlin, 1898. 5) Grawitz: Die Methoden und Bedeutung der Blutuntersuchungen für die Praxis. Die Heilkunde 1897. 6) R. Jaksch: Klinische Diagnostik mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungen. Wien-Leipzig, 1886. 7). W. Jeż: Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych (Zbiór prac z kliniki Prof. Korczyńskiego. Zeszyt XVIII. R 1896). 8) L Krehl: Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie. Leipzig, 1893. 9) Küttner: Diagnostische Blutuntersuchungen bei chirurgischer Eiterung. (Verhandlungen des XXI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie). 10) K. E. Laubenburg: Ueber Wesen und Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eiterigen Prozessen im Genitalapparat der Frau (Centralblatt für Gynäkologie 1902, Nr. 22.) 11) H. Lenhartz: Microscopie und Chemie am Krankenbette. Berlin, 1900. 12) R. v. Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Jena, 1896. 13) F. P. Mackie: Zachowanie się krwi w płonicy („The Lancet“ 24-go sierpnia. 1901 r. Referat St. Rudzkiego w Przeglądzie lekarskim 1901, Nr. 50). 14) H. Rieder. Beiträge zur Kenntniss des Leucocytose. Leipzig 1892. F. C. W. Vogel. 15) J. Schnitzler: Über die Verwerthung der microscopischen Blutuntersuchung zur Diagnostik und Indicationsstellung bei intraabdominellen Eiterungen. (Wiener klin. Rundschau 1912. Nr. 10, 11). 16) Tuffier: L'hémodiagnostic de l'appendicite. La semaine médicale 1901 Nr. 27). 17) M. Wassermann: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen Erkrankungen, insbesondere bei Appendicitis (Münch. med. Wochens. 1902 Nr. 17, 18)

II. Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz

Asystenci zakładów.

(Ciąg dalszy).

II. grupa. Płody nieżywo urodzone.

Przypadek 1. Płód niedonoszony, długości 36 ctm., wyjęty z łona matki podczas sekcyi.

Naczynia włosowate dość obfite w części skórnej, a zwłaszcza w jej warstwach obwodowych, nie przechodzą nigdzie poza linię graniczną w obręb pępowiny. Skupień ani nacieków leukocytowych nigdzie nie znajdujemy, spotykają się tylko tu i ówdzie rozrzucone pojedyncze leukocyty.

Przypadek 2. Płód płci męzkiej, donoszony, silnie zbudowany; jądro kostne w przysadkach kości długich dobrze rozwinięte.

Naczynia włosowate w części skórnej — liczne i to zarówno na obwodzie, jak i w linii osiowej; w pępowinie spotykamy je tylko w częściach środkowych i to jeszcze w odległości 5 mm. powyżej linii granicznej. Na całym przekroju w obrębie pępowiny widoczne pojedynczo leżące wielojądrzaste leukocyty, których nieco więcej znajdujemy w warstwach obwodowych i to tylko w pewnej odległości powyżej brzegu naskórkowego; tutaj zbierają się one miejscami w gromadki po 4—5, większych jednak skupień i nacieków nie tworzą.

Przypadek 3. Płód płci męzkiej donoszony, świeżo zmacerowany. Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne na całym przekroju, w linii osiowej przenikają dość wysoko (na 4 mm.) w obręb właściwej pępowiny. Skupień ani nacieków leukocytowych nie znajdujemy, spotykają się tylko nieliczne pojedynczo leżące leukocyty.

Przypadek 4. Płód płci męzkiej donoszony, silnie zbudowany (53 ctm. długości, jądro kostne w przysadkach kości długich dobrze rozwinięte). Poród ciężki, obrót na nóżki.

Naczynia włosowate w części skórnej wogóle liczne, zwłaszcza w warstwach obwodowych; są one liczniejsze po stronie górnej niż po dolnej i zachodzą po stronie górnej nieco powyżej (na $2^1/_2$ mm.) brzegu naskórkowego. W sąsiedztwie tych naczyń włosowatych po stronie górnej widoczne są dość liczne leukocyty, których ilość w kierunku ku pępowinie wzrasta tak, iż tworzą one w obwodowych warstwach pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym dość zbity naciek leuko-

cytowy, sięgający na $1^1/_2$ mm. powyżej brzegu naskórkowego i na $^1/_2$ mm. wnikający w głąb pępowiny. Wejrzeniem swem drobnowidowem naciek ten nie różni się od nacieku znalezionego u noworodka, który żył 27 godzin (przypadek 11). Ku środkowi pępowiny ilość leukocytów znacznie się zmniejsza i tutaj, podobnie jak na powierzchni dolnej, zarówno w obrębie pępowiny jak i części skórnej znajdujemy tylko tu i owdzie rozrzucone pojedyncze leukocyty, nigdzie zresztą nie tworzące nawet luźnych skupień.

Przypadek 5. Noworodek płci żeńskiej z porencefalią (zupełnie niewykształcone półkule mózgowe) po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, zwłaszcza w warstwach obwodowych, gdzie znikają wraz z brzegiem naskórkowym; w linii osiowej natomiast spotykamy je (wogóle nieliczne) jeszcze i w obrębie pępowiny w odległości 6 mm. powyżej linii granicznej. Leukocyty pojedyńcze spotykają się na całym przekroju zarówno w części skórnej, jak i w obrębie pępowiny; na niektórych preparatach w odległości $^1/_2$ ctm. powyżej brzegu naskórkowego po stronie górnej tworzą one na małej przestrzeni w warstwach obwodowych niewielki dość zbity naciek.

Przypadek 6. Noworodek płci męzkiej, donoszony. Naczynia włosowate wogóle nieliczne znajdują się tylko w części skórnej. Nacieków ani skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie.

Przypadek 7. Noworodek płci żeńskiej, donoszony, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate dość liczne, usadowione głównie w warstwach obwodowych części skórnej; w obręb pępowiny przechodzą tylko po stronie górnej i rychło tutaj także znikają. W małej odległości ponad brzegiem naskórkowym w obwodowych warstwach pępowiny po stronie górnej znajdujemy dość liczne luźne skupienia leukocytów, które również spotykamy i w przylegającej części pierścienia skórnego, nie tworzą one jednak zbitego nacieku. W pozostałych częściach zarówno pępowiny jak i pierścienia skórnego znajdujemy tylko rozrzucone pojedynczo leukocyty.

Przypadek 8. Noworodek donoszony płci żeńskiej (poród kleszczowy).

Naczynia włosowate w warstwach przybrzeżnych części skórnej niezbyt liczne, w kierunku ku pępowinie znikają wraz z brzegiem naskórkowym; w środkowej natomiast części pępowiny znajdujemy je jeszcze w odległości 4 mm. powyżej brzegu naskórkowego. Leukocyty spotykają się tylko pojedynczo w sąsiedztwie naczyń włosowatych.

Przypadek 9. Płód płci żeńskiej, donoszony.

Naczynia włosowate w części skórnej liczne, przekraczają linię graniczną między pępowiną a częścią skórną i zachodzą w obręb pępowiny, gdzie w warstwach obwodowych rychło znikają, w częściach zaś środkowych spotykają się jeszcze w odległości 5 mm. Na wysokości brzegu naskórkowego, zachodząc częściowo w obręb pierścienia skórnego, głównie jednakże w obrębie pępowiny na samym obwodzie znajdujemy dość liczne luźne skupienia leukocytów wielojądrzastych, sięgające dość wysoko (spotykają się jeszcze w odległości 5 mm. powyżej brzegu naskórkowego); w częściach środkowych znajdujemy tylko pojedyncze leukocyty.

Przypadek 10. Płód donoszony płci żeńskiej.

Naczynia włosowate niezbyt liczne w części skórnej; wzdłuż górnego brzegu przechodzą na małej przestrzeni w obręb pępowiny, w której zresztą nigdzie ich nie znajdujemy. Skupień ani nacieków leukocytowych nigdzie nie spotykamy.

Przypadek 11.. Płód płci żeńskiej, niedonoszony (40 cm. długości, 1550 gram. wagi).

Naczynia włosowate dość liczne w części skórnej, nigdzie nie przekraczają brzegu naskórkowego. Skupień ani nacieków leukocytowych nie znaleziono.

Przypadek 12. Płód płci żeńskiej donoszony, świeżo zmacerowany.

Obraz drobnowidowy zupełnie taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 13. Płód donoszony, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate w części skórnej bardzo liczne, w warstwach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, w linii osiowej sięgają na 5 mm. wyżej w obręb pępowiny; naczynia te są szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi. Tuż ponad brzegiem naskórkowym po stronie dolnej znajdujemy w obrębie pępowiny naciek dość zbity, złożony z leukocytów wielojądrzastych, zajmujący tylko najpowierzchowniejsze warstwy pępowiny i sięgający na $1^1/_2$ mm. powyżej brzegu naskórkowego. Po stronie górnej pępowiny w odległości 2 mm. powyżej brzegu naskórkowego znowu znajdujemy niezbyt rozległy dość zbity naciek leukocytowy, w kierunku ku linii osiowej pępowiny rozpraszający się i znikający całkowicie w odległości 5 mm. powyżej brzegu naskórkowego, a więc na tej samej wysokości, co i naczynia włosowate. W innych częściach pępowiny oraz w pierścieniu skórnym leukocyty spotykają się tylko pojedynczo.

Przypadek 14. Płód nieżywo urodzony, niedonoszony.

Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, pozapadane, nigdzie nie wnikają w obręb pępowiny. Skupień i nacieków leukocytowych brak całkowity

Przypadek 15. Płód donoszony, silnie omdlały; próby cucenia pozostały bez skutku.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 16. Płód donoszony płci żeńskiej, silnie rozwinięty, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate są dość liczne w części skórnej; w obrębie warstw powierzchownych znikają one wraz z brzegiem naskórkowym po stronie dolnej, zachodząc bardzo nieznacznie w obręb pępowiny po stronie górnej; w linii osiowej przechodzą one poza linię graniczną i wnikają w głąb pępowiny na 3 mm. U podstawy pępowiny w obwodowych warstwach po stronie górnej znajdujemy dość zbity naciek złożony z leukocytów wielojądrzastych, zajmujący pograniczne części zarówno pępowiny, jak i części skórnej; w głąb pępowiny (w kierunku ku linii osiowej) naciek ten zachodzi na 1 mm.; prócz tego nacieku znajdujemy niezbyt liczne, luźne skupienia leukocytów w warstwach pogranicznych zarówno w linii osiowej, jak i w powierzchownych warstwach po stronie dolnej.

Przypadek 17. Płód niedonoszony (1800 gram. wagi) płci męzkiej, urodził się w stanie silnie omdlałym; próby cucenia pozostały bez wyniku.

Naczynia włosowate leżą wyłącznie w obrębie części skórnej i są niezbyt liczne. Nacieków ani skupień leukocytowych nigdzie nie znajdujemy.

Przypadek 18. Donoszony płód płci męzkiej, świeżo zmacerowany. Naczynia włosowate wogóle liczne; w warstwach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, w linii osiowej natomiast są widoczne jeszcze w odległości 12 mm. powyżej brzegu naskórkowego (w obrębie pępowiny). Leukocyty spotykają się tylko pojedynczo, skupień ani nacieków nie tworzą.

Przypadek 19. Płód niedonoszony (9 miesięcy księżycowych) zmacerowany.

Naczynia włosowate spotykają się tylko w części skórnej i to wogóle w małej ilości. Skupień i nacieków leukocytowych brak.

Przypadek 20. Płód donoszony, nieżywo urodzony.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 21. Płód niedonoszony. Łożysko przodujące. Wydobycie płodu w 6 godzin po obumarciu w macicy.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w dwu poprzedzających przypadkach.

Celem łatwiejszego uprzytomnienia sobie opisanych powyżej wyników badania drobnowidowego, oraz porównania ich z wynikami badań Kockela, załączamy poniżej 3 tablice, z których pierwsza dotyczy noworodków żywo urodzonych, 2-ga płodów nieżywo urodzonych, 3-cia przedstawia wyniki badań Kockela odnośnie do żywo urodzonych noworodków.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli o noworodkach żywo urodzonych, oraz z tablicy 1-ej widzimy, iż na 7 noworodków w wieku od $^1/_2$ do 10 godzin badanie drobnowidowe w 5 przypadkach nie wykazało opisanych przez Kockela nacieków leukocytowych; u szóstego noworodka (4 godzinnego) były widoczne u podstawy pępowiny na całym prawie przekroju luźne drobne skupienia leukocytów; wreszcie u 7-go noworodka, który zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po

urodzeniu się, badanie drobnowidowe wykazało rozległy naciek leukocytowy u podstawy pępowiny, zajmujący cały prawie przekrój i najzbitszy w warstwach obwodowych pępowiny, zwłaszcza po stronie górnej. Zauważyć przytem należy, iż żaden z tych 7 noworodków nie był donoszony, Podobnież nie znaleźliśmy nacieku leukocytowego u noworodka niedonoszonego, który zmarł w 20 godzin po urodzeniu się.

Tablica I.

Dzieci żywo urodzone.

Przypadek	Dzieckę donoszone względnie niedonoszone	Długość życia pozałonowego	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	$^1/_2$ godz.	—	
2	—	najwyżej $^1/_2$ godz.	+	Drgawki matki. Naciek b. rozległy u podstawy pępowiny.
3	—	najwyżej $^1/_2$ godz.	—	
4	—	$1^1/_4$ godz.	—	
5	—	2 godz.	—	
6	—	4 godz.	+	luźne skupienia na całem pograniczu
7	—	10 godz.	—	
8	+	15 godz.	+	rozległe wysoko sięgające nacieki
9	—	17 godz.	+	naciek u podstawy pępowiny głównie w warstwach obwodowych
10	—	20 godz.	—	
11	+	27 godz.	+	naciek po str. dolnej, oraz w linii osiowej
12	—	27 godz.	+	nacieki obustronne; naciek po str. górnej leży na 2 mm. powyżej brzegu naskórk.
13	—	36 godz.	+	zbity naciek na całem pograniczu
14	—	3 doby	+	
15	—	3 doby	+	naciek na całem prawie pograniczu; najzbitszy w linii osiowej
16	+	4 doby	+	pępowina częściowo już oddzielona
17	+	5 dni	+	naciek na całem pograniczu
18	—	16 dni	+	pępowina częściowo oddzielona

Tablica II.

Płody nieżywo urodzone.

Przypadek	Płód donoszony wzgl. niedon.	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	—	
2	+	+	bardzo drobne skupienia usadowione niecharakterystycznie
3	+	—	
4	+	+	jednostronny dość zbity naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
5	+	+	jednostronny drobny naciek niecharakterystycznie usadowiony
6	+	—	
7	+	+	drobne skupienia, usadow. niecharakterystycz.
8	+	—	
9	+	+	luźne skupienia w cz. obwodowych tuż ponad brzegiem naskórkowym
10	+	—	
11	—	—	
12	+	—	
13	+	+	jednostronny naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
14	—	—	
15	+	—	
16	+	+	jednostronny rozległy dość zbity naciek, tuż ponad brzegiem naskórkowym.
17	—	—	
18	—	—	
19	—	—	
20	+	—	
21	—	—	

Tablica III.

Dzieci żywo urodzone (badania Kockela).

Przypadek	Dzieckę donoszone wzgl. niedonosz.	Długość życia pozałonowego	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	$^3/_4$ godz.	+	naciek obustronny tuż ponad brzegiem naskórkowym
2	—	2 godz.	+	naciek po str. dolnej u podstawy pępow.
3	+	3 godz,	—	
4	+	4 godz.	+	małe skupienie leukocytów po str. górnej
5	+	4 godz.	+	dość znaczne skupienia leukocytów w części skórnej oraz w odległości 1 mm. powyżej brzegu naskórkowego w obwodowych warstwach pępowiny
6	+	8 godz.	—	
7	+	13—15 godzin	—	
8	+	17 godz.	+	rozległy naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
9	+	20 godz.	+	niewielki lecz wyraźny naciek obustronny tuż ponad brzegiem naskórkowym
10	+	24 godz.	+	naciek obustronny sięgający głęboko w kierunku ku linii osiowej
11	+	2 doby	+	niezbyt obfity naciek w powierz. warst. silny obustronny naciek w odległości 1—2 mm. powyżej brzegu naskórkow.
12	+	2 doby	+	najzbitszy naciek w warstwach obwod.
13	+	2 doby	+	liczne skupienia leukocyt. na całym rozkroju wyciętej do badania resztki pępow.
14	+	2 doby	+	zbity naciek na całem pograniczu.
15	+	3 doby	+	zbity naciek na pogran. w postaci płytki
16	+	4 doby	+	pępowina częściowo oddzielona, na pograniczu zbity naciek
17	+	6 dni	+	pępowina częściowo oddzielona, liczne leukoc w otoczeniu bruzdy oddzielającej
18	+	8 dni	+	cała podstawa pępow. tuż ponad brzegiem naskór. usiana b. liczn. leukocyt.
19	+	pewien czas (?)	+	mierny naciek leukocyt. na górnym obwodzie podstawy pępowiny.

U pozostałych 10 noworodków (w wieku od 15 godzin do 16 dni) nacieki leukocytowe spotykały się stale bez względu na to, czy dziecko było donoszone, lub też przedwcześnie przyszło na świat. Nacieki te u dzieci w wieku 15—27 godzin znajdowały się tylko w warstwach obwodowych pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym, u dzieci starszych zajmowały one już całe pogranicze między pępowiną a częścią skórną, tworząc jakby płytkę pograniczną, której kształt nie zawsze był jednakowy; na preparatach krajanych w linii strzałkowej w jednych przypadkach tworzyła ona linię prostą, łączącą 2 przeciwległe krańce naskórka w pępku skórnym, w innych — była ona wypukłą, zwróconą wypukłością już to ku pępowinie, już też ku pępkowi skórnemu; zawsze jednakże zauważyć się dawał pewien dość ścisły związek jej kształtu z rozmieszczeniem naczyń włosowatych, a mianowicie prawie nigdzie naczynia włosowate nie przechodziły poza obręb najzbitszego nacieku leukocytowego, z drugiej zaś strony wszędzie sięgały one aż do wysokości tych nacieków; gdzie naciek zajmował znaczniejszą przestrzeń, tam naczynia włosowate spotykały się i pośród samego nacieku.

Przeglądając tablicę 2-gą, dotyczącą płodów nieżywo urodzonych, widzimy, iż na 21 badanych przez nas przypadków w 7 (33%) znaleźliśmy nacieki, względnie luźniejsze skupienia leukocytowe. Z tej liczby w 4 przypadkach (4, 9, 13, 16) nacieki te zajmujące tylko jedną (górną lub dolną) powierzchnię pępowiny, były usadowione w obwodowych warstwach pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym pępka skórnego, a więc niczem się nie różniły od na-

cieków, opisywanych przez Kockela jako charakterystyczne dla dzieci żywo urodzonych, co zresztą najwymowniej stwierdzają załączone rysunki (Fig. I. i II.), z których pierwszy dotyczy płodu nieżywo urodzonego (przypadek 16), drugi zaś przedstawia obraz nacieku w pępowinie u dziecka, które żyło 17 godzin po urodzeniu się (przypadek 9). Prócz tych

Fig. I.

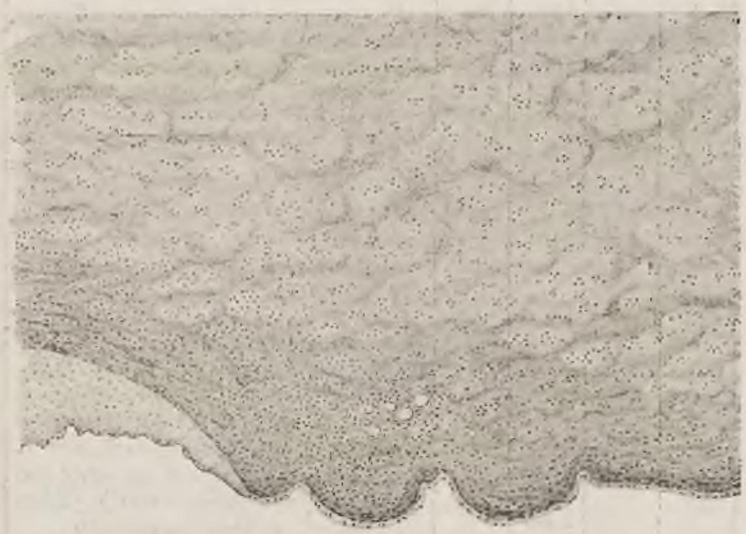


Fig. II.



Górny obwód pępowiny na pograniczu z pierścieniem skórnym: Fig. I. u płodu nieżywo urodzonego (Tablica II., przypadek XVI). Fig. II. u 17 godzinnego noworodka (Tablica I., przypadek IX). W obydwu tych rysunkach po stronie lewej od dołu widzimy brzeg naskórkowy pierścienia skórnego, po stronie prawej — pępowinę. Na pograniczu między brzegiem naskórkowym a pępowiną znajdują się nacieki leukocytowe.

nacieków w jednym z tych 4 przypadków (13-ym) znajdował się po stronie przeciwnej (górnej) od wyżej opisanego nacieku również w warstwach obwodowych pępowiny naciek leukocytowy, rozpoczynający się jednakże dopiero w odległości 2 mm. powyżej brzegu naskórkowego, a więc usadowiony już niezupełnie charakterystycznie[1]). Podobnież niezupełnie charakterystycznem było usadowienie się nacieku w 3 pozostałych przypadkach (2, 5, 7), a mianowicie zajmowały one i tutaj warstwy obwodowe pępowiny, leżały jednakże nie tuż ponad brzegiem naskórkowym, lecz dopiero w pewnej (większej lub mniejszej) odeń odległości. Nawet jednak pomijając milczeniem te 3 przypadki jako niezupełnie charakterystyczne, pozostają nam jeszcze na ogólną liczbę 21 badanych przez nas płodów nieżywo urodzonych 4 przypadki (a więc przeszło 19%), w których znaleźliśmy nacieki, względnie luźniejsze skupienia leukocytów, zdaniem Kockela charakterystyczne dla dzieci żywo urodzonych. Zauważyć tutaj należy, iż we wszystkich tych 4 przypadkach płody były donoszone, silnie zbudowane, tak że w 2 przypadkach z powodu znacznego niestosunku porodowego musiano wykonywać wymóżdżenie płodu, w jednym — obrót na nóżki, w 4-ym zaś przypadku płód obumarł w czasie przedłużającego się aktu porodowego. (Dok. nast.).

[1]) Wprawdzie sam Kockel w 2 badanych, przezeń przypadkach dzieci żywo urodzonych (Tabl. III. Przypadek 5 i 12) znalazł nacieki nie tuż ponad brzegiem naskórkowym, lecz w odległości 1—2 mm. powyżej tego brzegu, przy ogólnem jednak omawianiu znaczenia tych nacieków, jako charakterystycznych dla życia pozałonowego, mówi tylko o naciekach usadowionych w warstwach powierzchownych pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym (»dicht am Hautrande des Nabels«). (Przypisek autorów).

III. Wyciągi.

Jaquet. **O chorobie Stokesa-Adamsa.** *(Deutsches Archiv für klinische Medizin.* Band 72, 1902). Stałe zwolnienie tętna, połączone z napadami, podobnymi do padaczkowych lub udarowych, opisał po raz pierwszy Charcot, jako obraz chorobowy pod nazwą „Pouls lent permanent“, dopatrując przyczyny tych objawów w zadrażnieniu rdzenia przedłużonego lub szyjnego, nie wykluczając jednakowoż zmian w mięśniu sercowym. Na podobnem stanowisku stanął w kilkanaście lat później Blondeau, który zebrał 17 przypadków, cechujących się trwałem zwolnieniem tętna, połączonem z mniej lub więcej częstymi napadami, podobnymi do padaczkowych lub udarowych. Jako przyczynę tych objawów wskazywał on bądź na uraz w okolicy kręgów szyjnych lub czaszki, bądź też na wiek starczy. W roku 1890 Huchard nazwał wyżej opisany zbiór objawów „chorobą Stokesa-Adamsa“, a za przyczynę sprawy chorobowej uważał zwapnienie tętnic wieńcowych serca i tętnic rdzenia przedłużonego. W Niemczech w ostatnich dopiero latach za wzorem francuskim zwrócono uwagę na tę chorobę (His, Wenckenbach, Hoffmann). W dalszym ciągu pracy autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek choroby Stokesa-Adamsa. U mężczyzny 30-letniego występowały od roku napady utraty przytomności. Napad poprzedzała zapowiedź (aura) w postaci bicia serca, ćmienia przed oczyma, zawrotów głowy, poczem chory tracił nagle przytomność, występowały nieznaczne drgawki kończyn górnych, a liczba tętna wynosiła 17 na minutę. Prócz nadzwyczajnej bladości twarzy nic nadto nie zwracało uwagi. Napady takie trwały kilka minut, poczem chory powracał szybko do stanu prawidłowego. Liczba tętna w czasie wolnym od napadu wynosiła 36. Badanie przedmiotowe nie wykazywało prócz miernego przerostu serca, zwolnienia tętna w tętnicy sprychowej (36) i znacznie częstszego tętnienia żyły szyjnej od tętnienia tętnic, żadnych ważniejszych zmian. Po wcieraniach rtęci i używaniu jodku potasu (z powodu podejrzenia o kiłę) napady na przeciąg jednego roku ustąpiły, poczem znowu się powtórzyły i w czasie jednego z nich chory życie zakończył. Sekcya nie wykazała zmian, ani w zastawkach, ani w tętnicach mózgowych i rdzeniowych, ani w wieńcowych serca.

W chorobie Stokesa-Adamsa największą uwagę zwracają na siebie zaburzenia w narządzie krążenia.

Co się tyczy liczby tętna w tej chorobie, to jest ono w przypadkach typowych zawsze wyraźnie zwolnione i wynosi 30—35 na minutę. W czasie napadu liczba tętna ulega jeszcze większemu zwolnieniu tak, że niekiedy pomiędzy pojedynczemi uderzeniami tętna wypadają przerwy, trwające do 10 sek. Zwolnienie tętna jest jednakowoż często pozorne, albowiem przez osłuchiwanie serca można dosłuchać się pomiędzy silniejszymi skurczami serca istnienia słabszych, które w tętnicach obwodowych wykazać się nie dają. Dalszą cechą tętna w chorobie Stokesa-Adamsa jest trwałość zwolnienia jego, nie ulegająca przyspieszeniu ani po ruchach, ani pod wpływem gorączki. Niekiedy tylko naparstnica wywołuje przyspieszenie. Dalszym ciekawym objawem jest nierównoczesność tętnienia żył szyjnych w stosunku do uderzeń serca. Liczba tętnienia żył szyjnych przewyższa często w dwójnasób liczbę widzialnych skurczów serca. Dla wytłómaczenia tego objawu przypuszcza autor, poprzednio zbijając

teoryę o nierównoczesności skurczu komór i przedsionków, że częstsze tętno w żyle szyjnej jest następstwem słabych skurczów serca, nie dochodzących do tętnic. Silnego napięcia tętna w chorobie Stokesa-Adamsa nie można odnosić zdaniem autora do zwapnienia tętnic, które w wielu przypadkach, szczególniej połączonych z autoskopią, można było wykluczyć. Przyczyny tego objawu raczej szukać należy w częściowem spastycznem zwężeniu naczyń różnych okolic ciała, w następstwie zadrażnienia nerwów, zwężających naczynia. Przemawia za tem chwilowa bladość twarzy, uczucie zimna lub trętwienia w różnych częściach ciała. Drugi objaw cechujący chorobę Stokesa-Adamsa, mianowicie napady podobne do udarowych lub padaczkowych, przedstawia cały szereg faz, od krótkich zawrotów głowy, aż do napadów zupełnie identycznych z napadami padaczki. Napady te poprzedzają niekiedy zwiastuny (aura).

Z zaburzeń w innych narządach wymienić należy wyraźny związek między zaburzeniami w czynności przewodu pokarmowego, a częstością napadów. Co do etyologii tej choroby, to przytaczano, jako przyczynę wywołującą, zwapnienie tętnic, kiłę, choroby zakaźne, choroby przewodu pokarmowego i urazy. W wielu jednakowoż przypadkach, szczególniej połączonych w autoskopią, żadnej z tych przyczyn wykazać się nie dało. Również i patogeneza choroby Stokesa-Adamsa jest ciemną. Autor odrzuca teoryę Stokesa, Charcota i innych, którzy istoty choroby szukali bądźto w mięśniu sercowym, bądź w zwapnieniu tętnic wieńcowych serca, bądź też w rdzeniu przedłużonym; lecz wskazuje na działanie nerwów naczynioruchowych, wywołujących skurcz naczyń mózgowych z jego następstwami. Rozpoznanie choroby jest łatwe, rokowanie poważne, a terapia prawie zupełnie bezowocna, albowiem ani leki sercowe, ani działające na rozszerzenie naczyń, nie wywierają wielkiego działania. Uregulowanie czynności przewodu pokarmowego i dyeta mleczna dają jeszcze najlepsze wyniki.

W końcu swej pracy roztrząsa autor krytycznie cechy kliniczne i anatomo-patologiczne choroby Stokesa-Adamsa i zwracając uwagę na niejednolitość obrazu klinicznego, a jeszcze więcej anatomo-patologicznego, odmawia jej prawa do miana jednostki nozologicznej, a przyznaje tylko znaczenie jako zbiorowi objawów, na wzór n. p. objawu oddechowego Cheine-Stokesa. *Dr. Mięsowicz* (Kr. kl. w.).

Keiler. **Zapalenie wyrostka robaczkowego i ciąża.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 18, 1902.). U kobiety w IV mies. ciąży rozpoznano zapalenie około ślepej kiszki i przystąpiono do operacyi, z powodu wynędznienia chorej, podniesionej ciepłoty (38.3°) i bardzo lichego tętna. Początkowo starano się oddzielić cały guz zapalny zaotrzewnowo, ale bezskutecznie, gdyż guz sięgał aż po wątrobę; otworzono więc jamę brzuszną. Lichy stan chorej stał się powodem, że cały guz bez ruszania go pozostawiono w ranie brzusznej, osłoniwszy go przedtem ze wszech stron workami z gazy jodoformowej i odgrodziwszy od reszty jamy brzusznej. W 10 dni później ropa przebiła przez guz i wylała się w znaczniejszej ilości, poczem chora miała się wcale dobrze, bo i łaknienie wróciło i ciepłota zupełnie spadła. W 4 tygodnie po operacyi chora poroniła, mimo to po 6 tygodniach, licząc od operacyi, była zupełnie zdrową, rana brzuszna zagojona *per secundam*, blizna tęga, nie przedstawiająca obawy co do wytworzenia się przepukliny w powłokach brzusznych. Sprawa, jak się należy zachowywać w przypadkach ciąży powikłanej z zapaleniem kiszki ślepej, jest wielkiej wagi; jedynem i ogólnie za dobre uznanem wyjściem przy ropniach brzusznych jest zabieg operacyjny, bez oglądania się na obecność ciąży, podobnie jak się to robi przy nowotworach jajnikowych i innych guzach. Przerwanie ciąży nie przynosi żadnej korzyści, a zwiększa tylko niebezpieczeństwo. Poronienie w danym przypadku kładzie autor na karb zapalenia błony śluzowej macicy, na które chora od dawna cierpiała.

Co do sposobu operowania, to najlepiej operować przez otwarcie jamy brzusznej, przyczem autor gorąco poleca oddzielenie guza workami z gazy jodoformowej od reszty jamy brzusznej i pozostawienie go w ranie brzusznej. Dalszy przebieg można zupełnie spokojnie pozostawić naturze. *B. Żmigrod.*

G. Blumer i A. Mac Farbane. **Epidemia raka wodnego.** (*Americ. Journal of the Med. Sciences*, listopad 1901 — *Philad. Med. Journal* 4-go stycznia 1902 r.). Autorowie opisują epidemię raka wodnego po odrze w przytułku dla sierot w Albany. Jedenastu chorych miało samego wodnego raka, pięciu raka wodnego i zgorzel, czterech uległo cierpieniu, które uznano za rozpoczynającego się raka wodnego, którego rozwój udało się wstrzymać przyżeganiami. Z pomiędzy 16-tu przypadków typowego raka wodnego, w czterech zajęte były usta, w trzech — usta, ucho i srom; w dwóch tylko srom; w 7-miu srom i inne narządy. Zgorzel rozwinęła się u trojga dzieci tylko w jelicie odchodowem, u pięciu i w innych częściach. Śmiertelne zejście nastąpiło tylko w 7-miu przypadkach (w tej liczbie u 5-ciu chorych nastąpiło powikłanie z zapaleniem płuc). Przyczyny usposabiające, któreby mogły ułatwić powstanie choroby, nie zostały wyjaśnione: gmach przytułku dobrze urządzony; przewietrzanie prawidłowe; pokarm, choć nie odznaczający się rozmaitością, był zawsze w dostatecznej ilości i dobrej jakości. Śmiertelność zwykle bywała nizką, a ogólny stan dzieci wyśmienity. Dziewczynek więcej zapadało na raka wodnego, niż chłopców (w stosunku 14 do 2). Przebieg choroby był zwykły. Leczenie polegało na podawaniu środków podniecających, a miejscowo stosowano wstrzykiwania mocnego roztworu kwasu borowego z dwutlenkiem wodoru (hydrogenium dioxydatum); opatrunki zwilżano roztworem Labarraquesa i gdzie było można, wypalano żegadłem Paquelina. Badanie bakteryologiczne wykazało w częściach bardziej głębokich, zajętych sprawą chorobową, obecność długich, cienkich, jak nici, drobnoustrojów, prawie w czystej hodowli. Odbarwiały się one metodą Grama dość łatwo; na zwykłych pożywkach nie rosły, ani wobec tlenu, ani bez niego. Autorowie uważają te laseczniki za wywołujące raka wodnego. Wobec nagminnego panowania tej choroby należy uznać ją za udzielającą się. *St. Rudzki.*

Marfan. **Czy wydolność karmienia zmniejszyła się u kobiet naszych czasów?** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Styczeń, 1902). Autor zbija zapatrywanie Bungego, jakoby niezdolność kobiet czasów obecnych do karmienia swych dzieci ciągle się wzmagała i popiera swoje zapatrywanie licznemi zestawieniami statystycznemi, opartemi na obfitym materyale. Jeżeli kobiety nie karmią swych dzieci, to powodem tego nie jest niezdolność psychiczna (?), lecz u zamożnych najczęściej moda lub egoizm rodziców; u biednych nieświadomość, obojętność lub nędza. Przyczynia się do tego ułatwione w wielu miastach otrzymywanie taniego mleka wyjałowionego, które się przyczynia do podawania pokarmu mięszanego i wczesnego odłączania od piersi. Niezgodnem z faktycznym stanem jest zapatrywanie Bungego, że alkoholizm także do tego się przyczynia, gdyż córki nałogowych pijaków mają być niezdolne do karmienia. Alkoholizm bowiem w klasach biedniejszych jest bardzo częsty, a mimoto 99% kobiet biednych może karmić dzieci piersią, podczas gdy u zamożnych, gdzie alkoholizm rzadszy, 80% kobiet może karmić dzieci. Co się tyczy związków małżeńskich, to M. zajmuje stanowisko pośrednie, podczas gdy Bunge radykalne, zabraniając osobnikom neuropatycznym lub gruźliczym zawierania małżeństwa. *Dr. Jan Landau.*

Prof. Bobrow i Docent Rudnew. **Gronkowiec jako przyczyna łagodnych nowotworów kostnych.** (*Archiv Langenbecka* T. 67, 1902, Z. I). U dwóch chorych (18 i 21 lat) wycięto typowe kościochrzęstniaki (osteochondromata), wyrastające z okolicy nasad różnych kości. W guzach tych znaleziono gronkowca białego bez jakichkolwiek objawów zapalnych, co szczególnie zaś jest rzeczą zajmującą, że największa liczba tych drobnoustrojów znachodziła się w głębi nowotworów, na granicy prawidłowej tkanki kostnej. Mamy przeto prawo sądzić, że u obu chorych, znajdujących się jeszcze w okresie wzrostu kośćca, skutkiem podrażnienia gronkowcem powstały typowe nowotwory kostne — kostniak i kościochrzęstniak. *Herman.*

Magnus-Levy. **O przewlekłej sztywności kręgosłupa.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medicin und Chir.* 1902, T. IX, Z. 4, 5). Na podstawie przejrzenia piśmiennictwa i czterech własnych przypadków przychodzi autor do wniosku, że obrazy chorobowe, opisane przez Bechterewa i Mariego, nie różnią się zasadniczo między sobą. W dalszym zaś ciągu nie dostrzega M. żadnej różnicy między tem zesztywnieniem kręgosłupa, a zwykłem zapaleniem stawów zniekształtniającem, umiejscowionem w kręgosłupie. W końcu mniema, że i cierpienie kręgosłupa, opisywane przez Kümmla (kyphosis traumatica), nie jest też niczem innem, jak takiem przewlekłem zapaleniem zniekształtniającem. Dzięki jakiejś szczególnej skłonności proces zniekształtniający toczy się wbrew regule w stawach kręgosłupa i najbliższych wielkich stawach tułowia. *Herman.*

Dr. J. Sędziak. **W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet z pewnemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów.** (*Nowiny Lekarskie* 2, 1902). Autor zwraca uwagę czytelników na te rozmaite objawy nerwowe, odruchowe, oraz różnorodne sprawy chorobowe w górnych drogach oddechowych i w uszach które, zwykły zwykły występować w związku z pewnymi okresami i stanami fizyologicznymi płciowego życia kobiecego, jak np. miesiączkowanie, ciąża, okres przejściowy. Jako przykład ilustrujący, przytacza historyę choroby, w której w związku z okresem przejściowym wystąpiły kolejno: mieszkowe zapalenie migdałów podniebiennych, krwotoki nosowe, ropne ostre zapalenie ucha środkowego, ropne zapalenie migdałka gardzielowego, wreszcie prawdopodobnie ostry ropotok zatoki szczękowej górnej prawej. *Spira.*

IV. Sprawy lekarskie w Sejmie tegorocznym*).

I. Komisya sanitarna składa się z 12 członków: Adam hr. Gołuchowski (przewodniczący), Prof. dr. Antoni Mars (zastępca przewodniczącego), Dr. Adolf Wurst (sekretarz) i członkowie: Barabasz, Dr. Bednarski, Dr. Czaykowski Wład., Dr. Dąmbski, Dr. Jabłoński, Krzysztofowicz, Moysa, Trzecieski i Ks. Wilczkiewicz.

II. Komisya odbyła 6 posiedzeń. W posiedzeniach brał udział szef V. Departamentu Wydz. kraj. Onyszkiewicz, a dwukrotnie obecnym był komisarz rządowy Radca Dworu hr. Łoś.

III. Pod obrady Komisyi przyszły następujące sprawy:

1. Sprawozdanie Departamentu V. Wydz. krajowego z czynności za r. 1900, z którą to sprawą połączyła Komisya samoistny wniosek prof. Marsa, żądający „zwołania ankiety w celu zbadania, czy i w jaki sposób należałoby zmienić dzisiejszą gospodarkę funduszami krajowymi na cele sanitarne".

Załatwiając obie te sprawy, wypracowała Komisya obszerne sprawozdanie i przedłożyła Sejmowi do uchwały 6 wniosków. Wnioski te, które Izba uchwaliła, brzmią, jak następuje:

1. Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 11 listopada 1900 r. do 31. października 1901 przyjmuje się do wiadomości:

2. wzywa się c k. Rząd do oświadczenia się w sprawie budowy zakładu dla położnic w Krakowie i dwu szkół dla akuszerek w Galicyi;

3. wzywa się c. k. Rząd o udzielenie subwencyi w tym stosunku procentowym, w jakim jej udzieli kraj i powiaty na budowę szpitali w powiatach kosowskim i nadwórniańskim, w których choroby weneryczne grasują;

4. wzywa się Rząd, aby przystąpił do niezwłocznej i szybkiej akcyi w sprawie uzupełnienia brakujących katedr i klinik w wydziale lekarskim lwowskim.

5. Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby zbadał i wziął pod rozwagę naglące sprawy, dotyczące zdrowia publicznego, a mianowicie: w jakim stanie jest dziś opieka nad podrzutkami, jakie istnieją wadliwości i jakie środki zaradcze byłyby wskazane? — kwestyę stworzenia sanatoryów dla gruźliczych.

6. W myśl wniosku p. Marsa poleca się Wydziałowi krajowemu powołać mięszaną ankietę, w celu zbadania, w jakim kierunku bez uszczerbku dla sprawy można przeprowadzić oszczędności? Jakie są niezbędne inwestycye w szpitalnictwie krajowem? W jaki skuteczny sposób urządzić nadzór nad szpitalami? Jak zmienić dzisiejszy system gospodarki funduszami krajowymi na cele zdrowotne?

Protokół szczegółowy obrad ankiety wraz z opinią swoją i wnioskami przedłoży Wydział krajowy Sejmowi na najbliższej sesyi.

2. Sprawozdanie Wydziału kraj. w sprawie budowy schroniska dla 500 obłąkanych nieuleczalnych przy zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

Z tą sprawą połączyła Komisya 1) petycyę Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiell. o budowę nowego pawilonu na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej i 2) petycyę miasta Krakowa w sprawie zamierzonego powiększenia zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

W sprawach tych przedłożyła Komisya sprawozdanie i następujących 7 wniosków:

Sejm upoważnia Wydział krajowy:

1) do wybudowania pięciu pawilonów i jednego domu roboczego dla uleczalnych umysłowo chorych, tudzież koniecznych budynków administracyjnych na gruntach zakładu kulparkowskiego, a to kosztem 774.601 kor.

2. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu stopniową zmianę dzisiejszego zakładu w Kulparkowie na schronisko dla niespokojnych nieuleczalnie umysłowo chorych.

3. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu wdrożenie rokowań z c. k. rządem, ażeby przystąpił do budowy kliniki psychiatrycznej we Lwowie, do której to budowy fundusz krajowy przyczyni się kwotą 82.399 K. z zastrzeżeniem, iż c. k. rząd prócz tej subwencyi żadnych dalszych świadczeń na cel powyższy od kraju nie będzie się domagał, a klinikę psychiatryczną w czasie feryi szkolnych jako oddział szpitalny prowadzić będzie.

4. Sejm upoważnia Wydział krajowy do użycia na cele budowy tytułem pożyczki funduszu majątku zarodowego zakładu kulparkowskiego i części kapitałów, będących własnością funduszu majątku zarodowego szpitala św. Łazarza i funduszu podrzutków w Krakowie, aż do wysokości w gotowiźnie 400.000 K.

5. Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia pożyczki w kwocie 457.000 Kor., brakującej do pokrycia całej sumy, obliczonej kosztorysami budowy, a to w jednej z instytucyj krajowych.

6. Sejm wzywa c. k. rząd, ażeby — jak to jest jego obowiązkiem — bezzwłocznie przystąpił do budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie.

7. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu, ażeby sprawę budowy większego zakładu dla umysłowo chorych w Krakowie, lub w jednem z miast zachodniej części naszego kraju wyczerpująco zbadał i przedłożył odnośne wnioski, tudzież plany i kosztorysy.

Sprawozdanie to jednak nie przyszło pod obrady Izby.

3. Sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie budowy domu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie tej Komisya wniosła:

1) Sejm poleca Wydziałowi krajowemu przeprowadzić budowę domu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie kosztem, nieprzekraczającym kwoty sześćdziesięciu tysięcy koron.

2) Na cel powyższy ma być z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza zaciągniętą pożyczka, mająca się umorzyć z dochodów bieżących tegoż szpitala, na podstawie planu amortyzacyjnego, który Wydział krajowy ułoży.

Sejm wnioski te uchwalił.

4. Sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie zmiany §§ 11 i 15 ust. kraj. z 28 lipca 1897 r. Nr. 47 Dz. u. kr., normującej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych.

W sprawie tej przedłożyła Komisya sanit. następująco przez Sejm uchwalone sprawozdanie:

Paragrafy 11. i 15. ustawy krajowej z dnia 28. lipca 1897 roku dz. u. kr. Nr. 47, urządzającej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych tudzież zakładów dla położnic i obłąkanych uchyla się niniejszem, a natomiast obowiązywać będą następujące postanowienia:

§. 11. Krajowe zakłady lecznicze powszechne i publiczne mają własne, przez Sejm uchwalone statuta. Zakłady te zostają pod bezpośrednim zarządem Wydziału krajowego.

W przyszłości uchwalać będzie statuta dla krajowych zakładów publicznych i powszechnych Sejm krajowy, na podstawie wniosku Wydziału krajowego, przedstawionego w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

Innymi szpitalami powszechnymi i publicznymi zawiadują komitety szpitalne. Komitet szpitalny składa się w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Żywcu, Lubaczowie, Przemyślanach i Śniatynie: *a)* z delegata Wydziału krajowego; *b)* z prezesa Rady powiatowej lub jego zastępcy; *c)* z delegata Wydziału powiatowego; *d)* z dyrektora szpitala.

W szpitalach zaś w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi: *a)* z delegata Wydziału krajowego; *b)* z naczelnika gminy lub jego zastępcy; *c)* z delegata Rady gminnej; *d)* z dyrektora szpitala.

W przyszłości ustawa, uznająca szpital za publiczny i powszechny (§. 2.), oznaczy w każdym poszczególnym wypadku skład Komitetu szpitalnego.

§. 15. Koszta budowy nowego, odbudowy, rozszerzenia starego gmachu, tudzież wewnętrznego urządzenia dobudowanej części w szpitalach, już uznanych za powszechne lub publiczne, pokrywane będą przedewszystkiem ze specyalnych na ten cel przeznaczonych funduszów i zobowiązań.

W braku lub niedostateczności takich funduszów, połowę potrzebnej kwoty pokryje fundusz krajowy, jeżeli Sejm potrzebę tej budowy uzna, drugiej połowy dostarczy dla szpitala w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi ta gmina, zaś dla szpitala w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Lubaczowie, Przemyślanach, Żywcu i Śniatynie ten powiat, w której, względnie w którym, dotyczący szpital się znajduje.

W przyszłości ustawa, uznająca szpital za puliczny i powszechny (§. 2.), oznaczy w każdym poszczególnym przypadku, kto (powiat czy gmina) będzie obowiązany do ponoszenia połowy niepokrytych własnymi środkami wydatków nadzwyczajnych.

5. Na wniosek Komisyi sanit. uchwalił Sejm ustawę nadającą szpitalowi w Jarosławiu charakter szpitala powszechnego i publicznego.

6. Na wniosek Komisyi sanit. uchwalił Sejm taką samą ustawę dla szpitala w Gorlicach.

7. W sprawie budowy nowego budynku szpitalnego w Zaleszczykach, uchwalił Sejm następujący wniosek Komisyi sanitarnej:

Uznając potrzebę odbudowania budynku szpitalnego w Zaleszczykach na 60 łóżek, Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia na ten cel pożyczki w tej wysokości, jaka się okaże potrzebną dla pokrycia połowy kosztów tej budowy.

8. W sprawie przekroczenia kosztów budowy szpitala sokalskiego uchwalił Sejm następujący wniosek Komisyi sanitarnej:

Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia dodatkowej pożyczki w kwocie 10.000 koron na pokrycie przekroczenia w kosztach budowy szpitala sokalskiego, pod warunkiem, że reszta tego przekroczenia przez powiat z własnych funduszów pokrytą zostanie.

---

*) Poseł na Sejm krajowy i sekretarz sejmowej Komisyi sanitarnej, dr. Adolf Wurst, nadesłał nam łaskawie materyał sprawozdawczy z obrad sejmowych, o ile dotyczyły stosunków sanitarnych; z zapisków tych zestawiliśmy krótkie streszczenie, wyrażając Szanownemu posłowi i koledze szczerą wdzięczność za trud, życzliwy dla nas, a pożyteczny dla ogółu lekarskiego.

9. Załatwiając sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie pomnożenia liczby okręgów sanitarnych w r. 1902, przedstawiła Komisya sanit. następujące przez Sejm uchwalone wnioski:

I. Sejm przyjmuje sprawozdanie Wydziału kraj. do wiadomości.

II. Sejm zatwierdza aktywowane w ciągu roku 1901 okręgi sanitarne w Gładyszowie, Jodłowej, Trzebini i Uścierykach.

III. Sejm upoważnia Wydział krajowy do wprowadzenia w życie w r. 1902 dalszej seryi dziesięciu okręgów sanitarnych, a mianowicie: w Uhnowie, Dobczycach, Haliczu, Olesku, Strzeliskach nowych, — ewentualnie w Milówce, Kutach, Tłustem, Sołotwinie, — a nadto w jednym jeszcze okręgu w miejscowości, którą Wydział krajowy oznaczy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

IV. Sejm zatwierdza wstawiony do preliminarza budżetu krajowego na r. 1902 w Rubr. V. wydatków kredyt w wysokości (jak na rok 1901) 90.000 koron na pokrycie ryczałtów objazdowych dla lekarzy, okręgowych, tudzież subwencyj przewidzianych §. 12. ustawy z d. 2. lutego 1891 Nr. 17 Dz. ust. i rozporządzeń kraj., tak dla istniejących jak i nowo utworzyć się mających okręgów sanitarnych.

10. W sprawie petycyi lekarzy okręgowych o zapewnienie emerytury, tudzież zaopatrzenie wdów i sierot, Komisya sanit. nie wygotowała referatu, pomimo że sprawę obszernie omawiano. Załatwioną została w czasie dyskusyi budżetowej znanym już wnioskiem p. Merunowicza.

11. Petycya Rady powiat. w Sniatynie o odstąpienie gminie starego budynku szpitalnego na starców i kalek, i żądanie dodatkowego kredytu na pokrycie przekroczonych kosztów budowy, zostały w Komisyi odmownie załatwione, nie przyszły zaś na porządek dzienny obrad sejmowych.

12. W sprawie petycyi miasta Kołomyi o budowę nowego szpitala, przedłożyła Komisya sanit. następujące, przez Sejm uchwalone sprawozdanie:

Uznając potrzebę budowy nowego szpitala w Kołomyi na 100 łóżek, upoważnia się Wydział krajowy do zaciągnięcia na ten cel pożyczki w wysokości 115.000 K., wystarczającej na pokrycie połowy kosztów tej budowy.

13. W sprawie petycyi prof. Pieniążka o przeniesienie kliniki laryngologicznej do innego budynku, przedłożyła Komisya sanit. następujący przez Sejm uchwalony wniosek:

W załatwieniu petycyi Profesora Pieniążka Komisya sanitarna uznaje, że ze względu na potrzeby lecznicze i naukowe kliniki laryngologicznej jest wskazanem użyć budynek, jaki opróżnionym zostanie po oddaniu nowego pawilonu dla chorób zakaźnych, na cele kliniki laryngologicznej — i przekazuje petycyę prof. Pieniążka Wydziałowi krajowemu do możliwego uwzględnienia i właściwego załatwienia.

14. Załatwiając sprawozdanie Wydziału kraj. w sprawie przeniesienia szpitala powsz. w Przemyślu i wybudowania nowego w odpowiedniem miejscu, przedstawiła Komisya sanit. następujący wniosek:

1. Sejm uznaje potrzebę zbudowania nowego szpitala na 200 łóżek w Przemyślu, oraz zabudowań ubocznych na innem odpowiedniem miejscu.

2. Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia pożyczki w tej wysokości, jaka okaże się potrzebną na pokrycie połowy kosztów tych budowli po potrąceniu 90.000 koron, jako kwoty ofiarowanej przez miasto Przemyśl za stary budynek szpitalny.

Sprawa ta nie przyszła na porządek dzienny obrad sejmowych.

15. Petycyę lekarzy prymaryuszów szpitala św. Łazarza w Krakowie, oraz lekarzy ordynujących w zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, przekazała Komisya sanitarna Komisyi budżetowej.

16. Na petycyę prof. A. Barańskiego w sprawie dostawy krowianki powzięła Komisya sanit. następującą uchwałę: „Wys. Sejm odstępuje petycyę prof. B. Wydziałowi kraj. do właściwego zużytkowania przy rozdziale krowianki, jeżeli uzna za stosowne — do możliwego uwzględnienia“.

Sprawa ta nie była na porządku dziennym obrad sejmowych.

17. Petycyę Anastazyi Piotrowskiej w sprawie kosztów leczenia syna umysłowo chorego Dra J. P., załatwiła Izba przychylnie, po myśli wniosku Komisyi sanitarnej.

18. W sprawie uznania nowowybudowanego szpitala w Dolinie za powszechny i publiczny — wniosła Komisya projekt do ustawy, — a Sejm ustawę tę uchwalił.

19. Załatwiając wniosek p. Rydygiera w sprawie wzniesienia budynków na pomieszczenie klinik Wydziału lekarskiego we Lwowie, przedstawiła Komisya sanit. następujące wnioski:

1. Wzywa się Wydział krajowy, aby z Wysokim c. k. Rządem przeprowadził jak najspieszniej ponowne i definitywne rokowania, celem ułożenia ostatecznego planu, według którego ma nastąpić: wybudowanie potrzebnych budynków dla pomieszczenia tych klinik Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu lwowskiego, które muszą być w najbliższym czasie kreowane dla uzupełnienia tego Wydziału na wzór wszystkich innych w Austryi istniejących Wydziałów lekarskich, a mianowicie: kliniki chorób nerwowych i umysłowych, kliniki chorób dzieci, kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu.

2. Upoważnia się Wydział krajowy, aby w preliminarzu na rok 1903, — stosownie do wyników tychże rokowań z Rządem, przedstawił Sejmowi odpowiednie wnioski co do potrzebnych na ten cel kredytów.

3. Wzywa się c. k. Rząd, aby przystąpił do budowania nowych, potrzebom nauki i higieny odpowiadających budynków dla pomieszczenia kliniki dermatologiczno syfilitycznej i kliniki okulistycznej.

4. Wzywa się c. k. Rząd, aby do preliminarza państwowego na rok 1903 wstawił odpowiednią kwotę, potrzebną do rozpoczęcia budowy klinik potrzebnych jeszcze dla Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Sprawa ta nie była przedmiotem obrad Sejmowych.

20. W sprawie wniosku posła Maissa „o wezwanie c. k. rządu do założenia przy c. k. salinach galicyjskich leczniczych zakładów solankowych we wschodniej i zachodniej części kraju“, uchwaliła Komisya sanit. przekazać Wydziałowi kraj. z poleceniem, ażeby po porozumieniu się z kraj. Radą zdrowia przedłożył Sejmowi odpowiednie wnioski. Sprawa ta nie przyszła na porządek obrad Sejmu.

21. Petycyi Rady pow. w Kałuszu o uznanie tamtejszego szpitala za powszechny i publiczny — nie mogła Komisya załatwić dla braku wymagań prawnych.

22. W sprawie petycyi gminy Żółtanice i przyległych o utworzenie posady lekarza okręgowego w Żółtanicach — uchwaliła Komisya następujący wniosek: — „z uwagi, że sprawa utworzenia nowych okręgów sanitarnych w r. 1902 już jest załatwioną, — odstępuje się petycyę wymienioną Wydziałowi kraj. do zbadania i przedłożenia wniosków“.

Sprawa ta nie weszła na porządek dzienny obrad sejmowych.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 sierpnia.

* Dnia 14 sierpnia zakończył życie w Zakopanem doktor medycyny Władysław Florkiewicz, zaszczytnie znany lekarz i obywatel. Urodził się r. 1834 w Wiktorowicach pod Miechowem; szkoły średnie odbył w krakowskiem gimnazyum św. Anny, a nauki lekarskie studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim, które ukończył w roku 1861. W latach 1860—1861 sprawował obowiązki asystenta przy katedrze zoologii i mineralogii U. J. Od r. 1862 przez lat 17 pełnił służbę lekarską w szpitalu św. Joanny w Koniecpolu. W latach 1863—1864 niósł pomoc rannym w szpitalach czasowych w Koniecpolu, Chrząstowie i Secieminie. W r. 1879 przeniósł się na stały pobyt do Warszawy. Względy na wątłe zdrowie wymagały częstego wyjazdu ze stolicy, więc niemal pół roku spędzał zwykle w Zakopanem. W ostatnich latach tracił siły i szybko szczuplał; przed tygodniem wystąpiły objawy niedrożności jelit. Do łoża poważnie już chorego przybył prof. Kader z Krakowa: laparotomia odsłoniła złośliwy nowotwór jelita odchodowego, który rozmiarami, zrostami i wkroczeniem na narządy sąsiednie nietylko zdradzał dłuższe już trwanie, ale bezwzględnie nie nadawał się do doszczętnej operacyi; pozostało więc tylko wykonać rękoczyn, zapobiegający ponownym objawom niedrożności jelit. Na drugi dzień po tej operacyi wystąpiło zapalenie płuc, i chory, dla którego i bez tego powikłania nie było już wyjścia, dokonał żywota.

Umysł światły, charakter nieposzlakowany, lekarz wykształcony o szerszem pojęciu etycznem, ś. p. Władysław Florkiewicz pozostawił po sobie szczery żal i piękny wzór do naśladowania szlachetnego obywatela i wzorowego lekarza.

Ś. p. Wł. Florkiewicz był jednym z pierwszych członków Tow. lek. krakowskiego, później jako niemieszkający w Krakowie należał do Tow. lek. galicyjskiego. Bawiący w Zakopanem Prezes Tow. lek. krak., złożył imieniem Tow. wieniec na trumnie zgasłego Kolegi.

* W liczbie koncesyj na nowe czasopisma »Prawitielstwiennyj Wiestnik« wymienia koncesyę na tygodnik »Lekarz« udzieloną Drowi Jerzemu Brunnerowi i na miesięcznik »Ginekologia«, którego redakcyę obejmie dr. Czesław Stankiewicz.

* Krakowskie Towarzystwo techniczne obchodzi dnia 7 i 8 września 25-tą rocznicę swego istnienia. Zarząd tego Towarzystwa zwrócił się do prezydyum Towarz. lekarskiego z prośbą o wysłanie delegata na tę jubileuszową uroczystość, załączając przytem wszelkie legitymacyę, uprawniające do udziału w obchodzie. Członkowie Towarzystwa lekarskiego, którzyby zamierzali uczestniczyć w tym obchodzie, mają złożyć 20 koron wkładki.

Żałować należy, że termin wakacyjny, nieobecność w mieście członków zarządu Towarzystwa i wielu lekarzy, utrudni nieco udział

nasz w pięknej uroczystości tyle zasłużonego, a tak nam blizkiego krakowskiego Towarzystwa technicznego, z którem nas łączy i coraz więcej łączyć będzie wielka liczba punktów stycznych na polu zdrowia publicznego.

* IV-ty międzynarodowy Kongres ginekologiczny odbędzie się w Rzymie od 15 do 21 września b. r. Pismem z d. 31 lipca austryackie ministeryum spraw wewnętrznych wezwało namiestnictwo lwowskie do uwiadomienia lekarzy w Galicyi, że wszelkie zgłoszenia na ten Kongres należy adresować: Mr. le Dr. Cesare Micheli, tresorier du Comité *(Rome, via Rosellé, 127)*, który wysyła legitymacye, służące do uzyskania przyznanych członkom Kongresu 40—60% zniżki na kolejach i okrętach włoskich. W tym celu zgłaszający się powinni dokładnie oznaczyć linię kolejową, którą zamierzają odbyć podróż do Rzymu, dalej podać imię i nazwisko, adres i dołączyć kartę wizytową. W biurze wywiadowczem, na dworcu w Rzymie, wskazywane będą mieszkania po zniżonych cenach w hotelach I i II-giej klasy.

* Okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych, dotyczący walki z gruźlicą, o którym podaliśmy wzmiankę w Nr. 32 »Przeglądu lek.«, ma być odbity w formie broszurowej i rozesłany władzom politycznym do rozdzielenia między instytucye, towarzystwa i zakłady lekarskie, szkolne, robotnicze i t. d. Ze względu na stosunki językowe w Austryi ministeryum zaleca przełożenie tej broszury na języki krajowe i następnie rozesłanie poosobnym prowincyom.

* Komisya niemiecka do badania częstości raka w Niemczech, która pod przewodnictwem Leydena rozpoczęła swoje prace w roku 1900, wydała pierwsze sprawozdanie ze swej działalności. W Niemczech nalicza Komisya obecnie 12.140 przypadków raka, w tej liczbie 4.430 mężczyzn a 7.114 kobiet, t. j. 245 na milion. Znacznie więcej niż połowa chorych ma ponad 70 lat życia; rak narządu trawienia wynosi 70% wszystkich przypadków.

* Sądząc z statystyki p. Tarnowskiego (Żurnał minist. justicii, 4, 1902), moralność w Rosyi nie idzie w parze z rozrostem politycznym. Kiedy w r. 1884 popełniono zbrodni 138.499 (kradzieże 45.445, uszkodzenie ciała 17,727, morderstwa 6,708), to w roku 1900 stwierdzono zbrodni 204.474 (kradzieże 63.697, uszkodzenie ciała 47,935, morderstwa 8,681).

* W Hamburgu od 2 do 10 maja 1903 r. odbędzie się higieniczna wystawa mleczarska.

* Między 30—VII a 5—VIII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (3 gm.), kołomyjskim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 34, w tygodniu poprzedzającym 40.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXI od (27—VII—2—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13. urodziło się dzieci 52, zmarło osób 39, mianowicie: z gruźlicy 9 (3 zamiejsc.), z zapalenia płuc 7, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 3 (1 zam.).

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Pinkus: O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy. Mogilnicki: O własnościach odkażających formaliny. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (dok.). Wychowski: Dwukrotna ciąża zamaciczna (jajowodowa) u jednej kobiety (spostrzeżenie z praktyki).

— *Medycyna* Nr. 33. Szymański: Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Jan Piltz: O parodoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło. Niezwykły przypadek zwężania się źrenic przy usuwaniu oświetlenia oka. Henryk Higier: Współruchy swoiste w obrębie porażonego zwieracza *(m. orbicularis palpebralis)*, i dźwigacza powieki górnej *(m. levator palpebrae superioris)*. Roman Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (laparocele) (dokończ.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 33. O. Matyáš: Změny mišní po ztrátě končetin. Brejtman: O příjičných onemocněních srdce.

— *La Présse médicale* Nr. 64. Méry: Zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia w durze brzusznym u dzieci. Mesnard: Lecznicze zastosowanie piramidonu.

— Nr. 65. Castaigne i Rathery: O trujących własnościach istoty nerkowej i o nefrotoksynach. Romme. Zatrucie ołowne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Hansemann: O leczeniu i uleczalności suchot płucnych. Aujeszky i Wenhardt: Przyczynek do sprawy aglutynacyi prątków moru. Görges: O nowych środkach leczniczych, aspirynie i naparstnicy dyalizowanej. Adler: Przyczynek do statystyki przymiotu trzeciorzędnego. Riechelmann: Statystyka raka z anatomo-patologicznego punktu widzenia (dokończ.). Glaessner: Dodatek do moich uwag p. t. »Miejscowe rozpoznanie guzów żołądka« w Nr. 29 tego czasopisma.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Federn: O mierzeniu ciśnienia krwi u ludzi. Königstein: O rozmnożeniu prątków gruźliczych w plwocinie. Fleger: Przyczynek do kazuistyki syringomyelii i o zdarzających się przy tej chorobie zaburzeniach skórnych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Cloetta: O wydzielaniu się kwasu solnego. Müller: O wytwarzaniu hemolitycznych amboceptorów za pomocą wstrzykiwań surowicy. Galewsky i Hübener: O leczeniu t. zw. stwardnień plastycznych w ciałach jamistych prącia. Krönig: Przeprowadzenie porodu przy miednicy wązkiej. Hösslin: O »purgatynie« nowym leku przeczyszczającym. Köster: O stosunku etyologicznym między pląsawicą a chorobami zakaźnemi, w szczególności z zakażeniem gośćcowem. Mayer: Doświadczenia z stosowaniem olejku terpentynowego i przetworów pokrewnych w zapaleniu jelita ślepego. Grassmann: Śmiertelny krwotok do worka sieciowego, przebiegający pod postacią ostrej niedrożności jelit. Stich: O toksykologii fosforu. Schlagintweit: O technice cystoskopijnej. Steinert: O kurczu intencyjnym narządu mowy t. zw. »Aphthongie«. Odpowiedź na krytykę Dra Beckera. Lüthje: O zmniejszeniu się odruchu kolanowego w zapaleniu płuc. Kövesi i Róth-Schulz: Uwagi nad artykułem »Badania fizyologiczne i patologiczne czynności moczowodów i nerek ze szczególnem uwzględnieniem rozcieńczającej czynności nerek po spożyciu płynu«.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 33. König: Sposoby resekcyi stawu skokowego i wyniki. Hoffmann: O pokryciu ubytków na czaszce za pomocą płytek kostnych zabranych z sąsiedztwa. Mühlens: O obecnem rozszerzaniu się zimnicy w północno-zachodnich Niemczech. Volhard: Przypadek guza w cauda equina.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.